



**PAULO ANTÓNIO
CLEMENTE
RODRIGUES**

**MODELO DE ESTRUTURA REGIONAL DE
INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS
ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS**



**PAULO ANTÓNIO
CLEMENTE
RODRIGUES**

**MODELO DE ESTRUTURA REGIONAL DE
INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS
ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública (2.º Ciclo), realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Helena Maria Pereira Pinto Dourado e Alvelos, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Professora Doutora Maria Luís Rocha Pinto
Professora Associada da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Ana Alexandra da Costa Dias
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Helena Maria Pereira Pinto Dourado e Alvelos
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço à Dr.^a Maria Lucília Mercês de Mello, ao Dr. Augusto Franco Pinheiro Pinto, à Dr.^a Ana Maria Feijão Neves da Silva Gomes, ao Dr. João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel, à Dr.^a Maria Elisabete Matos Carvalho Abreu e ao Sr. Carlos Alberto Pires de Brito, pelo contributo e apoio que deram na elaboração desta dissertação.

Agradeço de uma forma particular à Prof.^a Doutora Helena Maria Pereira Pinto Dourado e Alvelos pela forma como orientou, incentivou e ajudou a definir o rumo da dissertação.

Aos meus pais pelo exemplo de determinação e trabalho com que sempre orientaram as suas vidas.

Aos meus filhos André e Ana Francisca para que o exemplo continue.

E por último um agradecimento à minha namorada, Isabel Santos, pelo incentivo e apoio incondicional demonstrado.

palavras-chave

Serviço Nacional de Saúde, SNS, estruturas de apoio, comportamentos aditivos, dependências, cuidados de saúde.

resumo

O presente trabalho propõe-se estudar a problemática da resposta aos comportamentos aditivos e das dependências em Portugal, e propor um modelo de estrutura regional, contemplada no Serviço Nacional de Saúde, que tenha como finalidade a prestação de cuidados de saúde ao nível dos comportamentos aditivos e das dependências.

O estudo foi baseado na identificação dos modelos existentes a nível internacional e nacional para as estruturas que prestam este tipo de cuidados de saúde, através da análise da literatura existente e da legislação, bem como da realização de entrevistas, com guião semiestruturado, a personalidades com experiência, responsabilidade e intervenção direta ou indireta na matéria.

Concluimos que os modelos existentes, quer de articulação de serviços quer de integração de cuidados, não estão consolidados e que não são compatíveis com uma resposta a nível nacional dos cuidados a prestar no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências.

O modelo proposto assenta numa estrutura autónoma, a nível nacional, descentralizada em serviços regionais que, por sua vez, coordenam respostas regionais ao nível do tratamento, reinserção, prevenção e redução de riscos e minimização de danos.

keywords

National Health Service, NHS, support structures, addictive behaviors, health care.

abstract

This assignment proposes to study the issue of problematic response to addictive behaviors and dependencies in Portugal, and propose a regional structure model contemplated in the National Health Service, which has as its finality the provision of health care at the level of addictive behaviors and dependencies.

The study was based on the identification of existing models at international and national level to the structures that provide this type of health care, through the analysis of existing literature and legislation as well as interviews with semi-structured script, to personalities with experience, with direct or indirect responsibility and intervention in the matter.

We conclude that the existing models, either coordination services, either integration of health care, are not consolidated and are not compatible with the national response of the health care in the scope of addictive behaviors and dependencies.

The proposed model is based on an autonomous structure, in a national level, decentralized in regional services which coordinate regional responses in terms of treatment, reinsertion, prevention and reduction of the risks and harm minimization.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Enquadramento do problema	1
1.2. Metodologia.....	2
1.3. Estrutura da dissertação.....	4
CAPÍTULO 2. ORGANIZAÇÃO DE ESTRUTURAS DE APOIO À INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS	5
2.1. Comportamentos aditivos	5
2.2. Enquadramento internacional.....	7
CAPÍTULO 3. APOIO À INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS: O CASO DE PORTUGAL.....	13
3.1. Evolução das estruturas de apoio ao longo do tempo	18
3.2. O modelo atual de estrutura	22
3.3. Enquadramento futuro das estruturas de apoio	29
CAPÍTULO 4. ESTUDO EMPÍRICO: ENTREVISTAS, RESULTADOS E PROPOSTA DE MODELO	33
4.1. Objetivos das entrevistas	33
4.2. Descrição do guião da entrevista	34
4.3. Análise dos resultados	35
4.4. Modelo proposto.....	37
4.5. Síntese	40
CAPÍTULO 5. CONCLUSÕES	43
BIBLIOGRAFIA.....	45
LEGISLAÇÃO.....	47
ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estruturas de prestação dos cuidados de saúde.....	15
Figura 2 – Organograma da prestação de cuidados.....	16
Figura 3 – Implantação das ULS em Portugal.....	17
Figura 4 – Evolução das estruturas de resposta à problemática das dependências.....	20
Figura 5 – Área geográfica de intervenção da ARSC, I.P.....	22
Figura 6 – Os Comportamentos Aditivos e as Dependências na ARSC, I.P.....	25
Figura 7 – Constituição tipo do Núcleo Territorial.....	26
Figura 8 – Organograma de reposta aos Comportamentos Aditivos e Dependências....	39
Figura 9 – Organograma do modelo proposto.....	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Classificações dos comportamentos aditivos.....	6
Tabela 2 – Evolução da legislação portuguesa relativa às estruturas de apoio à problemática dos comportamentos aditivos e dependências.....	21

ÍNDICE DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS, I.P.	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARS	Administração Regional de Saúde
ARS, I.P.	Administração Regional de Saúde, I.P.
ARSC, I.P.	Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CAT	Centro de Apoio a Toxicodependentes
CEPD	Centro de Estudos da Profilaxia da Droga
CDT	Comissão de Dissuasão da Toxicodependência
CRA	Centro Regional de Alcoologia
CRAC	Centro Regional de Alcoologia de Coimbra
CRAC-MLMM	Centro Regional de Alcoologia de Centro - Maria Lucília Mercês de Mello
CRA-HSC	Centro de Recuperação de Alcoólicos do Hospital Sobral Cid
CRI	Centro de Respostas Integradas
CT	Comunidade Terapêutica
DGS	Direção-Geral da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
ET	Equipa de Tratamento
GT	Grupo de Trabalho
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IDT,I.P.	Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
IPDT	Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
MS	Ministério da Saúde
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PORI	Plano Operacional de Repostas Integradas
PRI	Plano de Respostas Integradas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
SA	Serviços de Alcoologia
SEAMS	Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
UA	Unidade de Alcoologia
UAC	Unidade de Alcoologia de Coimbra
UD	Unidade de Desabituação
UIL	Unidade de Intervenção Local
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento do problema

A utilização de substâncias psicoativas pelo homem é tão remota, que é difícil definir o momento da sua introdução e início de consumo.

O álcool terá sido a primeira substância psicoativa usada. Os historiadores pensam que foi na Pré-História que foi descoberto, acidentalmente, pela fermentação do mel de cereais ou frutos.

Mello, M. L. M., Barrias, J., & Breda, J. (2001), admitem que a utilização das bebidas alcoólicas e os seus efeitos são conhecidos do Homem desde o período paleolítico, 30000 a.C. e que no período neolítico já haveria conhecimento da cerveja. Mais tarde os egípcios, os gregos e os romanos desenvolveram utensílios e o fabrico de bebidas alcoólicas.

As bebidas alcoólicas estão, desde longa data, enraizadas em Portugal, quer pela produção vinícola e toda a indústria associada, quer pela sua aceitação pela população, mitigando-se, desta forma, muitos dos problemas que estão associados ao abuso da sua ingestão.

O ópio, também conhecido desde os tempos Pré-históricos, oriundo da Ásia Menor, chegou à Europa e tornou-se conhecido de escritores e de médicos gregos e romanos. Cerca de 1000 d.C., o consumo de ópio encontrava-se extremamente divulgado na China e na Índia, mas predominantemente utilizado com fins medicinais (Alves, 2001).

Foi no século passado, com o eclodir da Segunda Guerra Mundial que, quer com a utilização, quer com o aparecimento de drogas sintéticas, se iniciou um novo ciclo na problemática das drogas. A partir desta altura assistiu-se a uma mudança muito importante, passando o consumo de drogas a ser considerado um problema social, intensificando-se as medidas internacionais para o combater (Poiães, 1999).

Segundo Dias (2007), o abuso do consumo de substâncias psicoativas em Portugal iniciou-se a partir dos anos 70. A primeira reação pública foi uma campanha de cartazes "Droga, Loucura, Morte" que veiculava uma informação que acentuava e dramatizava as consequências, eventualmente desproporcionadas face ao relevo social das drogas na altura.

Segundo o Relatório Anual 2012 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (Toxicodependência, 2012e) *“Desde a década de 1970, o consumo de heroína, em especial injetada, tem sido a fonte de grande parte dos problemas relacionados com drogas na Europa. ... Embora os mesmos problemas continuem a existir diminuíram em alguns países de forma muito significativa, à medida que se verifica o impacto de políticas eficazes e o prolongado decréscimo do consumo desta droga, especialmente de forma injetada. Parece cada vez mais provável que estejamos a entrar agora numa nova era em que a heroína desempenhará um papel menos central no problema do consumo de droga na Europa.”*

O relatório refere ainda que a crise que a Europa vive atualmente, com as consequentes medidas de austeridade, vai necessariamente diminuir os recursos despendidos na saúde. No entanto, é necessário ter alguma prudência com a análise dos dados disponíveis já que as despesas relacionadas com as drogas nem sempre se conseguem identificar. Para além das verbas que os países colocam à disposição das entidades públicas e privadas para diminuir as incidências deste problema, devemos ter sempre presentes os custos indiretos que se encontram associados, que são normalmente muito difíceis de contabilizar, como sejam os decorrentes da criminalidade, segurança, produtividade, absentismo, sofrimento familiar, entre outros.

O que motivou o trabalho nesta área prende-se com o interesse em perceber como se definem e/ou organizam as estruturas públicas que têm como objetivo a resposta adequada à problemática das dependências.

1.2. Metodologia

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar os modelos existentes ao nível da intervenção do Estado na resposta ao problema dos comportamentos aditivos e dependências (CAD), e propor um modelo específico para a resposta a esse mesmo problema ao nível regional.

Neste sentido, a questão de investigação que se propõe para o presente trabalho é: “Qual o modelo adequado de estrutura organizacional para uma entidade regional responsável pela intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal?”

Procura-se, assim, identificar um modelo para responder, em termos de estruturas de apoio, a esta doença. Para tal será necessário perceber quais os critérios que nortearam o Estado, ao longo dos anos, na elaboração dos diplomas legais definidores da resposta.

Desta forma, prevê-se que o principal resultado desta investigação seja uma proposta para o modelo referido na questão de investigação, utilizando-se a metodologia seguinte:

1. Análise da literatura científica relativamente a esta temática;
2. Análise dos modelos ao nível internacional e, em particular, dos países europeus com uma realidade mais próxima da portuguesa, tentando perceber quais as suas vantagens e inconvenientes;
3. Estudo da evolução histórica das estruturas de apoio às adições;
4. Realização de entrevistas semiestruturadas a responsáveis a nível local e nacional, com base na análise da literatura e dos modelos estudados;
5. Apresentação de uma proposta de modelo de estrutura organizacional a nível regional, para a intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal, baseado nos resultados obtidos nas fases anteriores.

O objetivo da realização das entrevistas é o de obter contributos que possam identificar como funciona, na prática, o apoio do Estado à problemática dos comportamentos aditivos e das dependências, tentando obter, dos entrevistados, a sua posição face à realidade atual, e as suas opiniões acerca de como pode ser melhorada.

Foram realizadas quatro entrevistas presenciais e recolhido um contributo escrito. As entrevistas foram realizadas ao ex-diretor do Centro Regional de Alcoologia do Centro, ao Presidente do Grupo de Alcoólicos Tratados do Distrito da Guarda, à atual Coordenadora da Unidade de Alcoologia de Coimbra e ao atual Diretor do Departamento de Saúde Pública da ARSC, I.P. e anterior Presidente do mesmo Instituto Público, tendo, o contributo escrito sido disponibilizado pela Médica Psiquiatra e Primeira Diretora do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra.

Embora a expectativa inicial fosse a de realizar mais entrevistas, verificou-se alguma indisponibilidade de tempo de algumas das pessoas contactadas, considerando-se, no entanto, que dada a experiência dos entrevistados e a profundidade das suas respostas, foi possível obter uma visão abrangente da realidade existente e perspetivar a definição de um modelo de intervenção. Salienta-se, ainda, que o contributo dos entrevistados permitiu obter perspetivas a vários níveis, desde o técnico que presta os cuidados de saúde, ao utente que os recebe, passando pelo responsável pela coordenação regional de saúde.

1.3. Estrutura da dissertação

No presente capítulo foi introduzido o tema a estudar e descrita a metodologia seguida. No capítulo 2 abordamos a organização das estruturas de apoio à intervenção nos comportamentos aditivos, em que consistem, e qual o seu enquadramento internacional. No capítulo 3 apresentamos uma panorâmica do caso de Portugal, a evolução das estruturas ao longo do tempo, o modelo atualmente implementado e o enquadramento futuro na ótica do legislador atual. No capítulo 4 analisamos as entrevistas feitas a alguns intervenientes ligados a instituições/organizações de apoio ao combate aos comportamentos aditivos e dependências, referindo o objetivo da entrevista, a análise dos resultados, definimos a proposta de modelo e elaboramos uma breve síntese da abordagem efetuada. No capítulo 5 apresentamos as principais conclusões deste estudo.

CAPÍTULO 2. ORGANIZAÇÃO DE ESTRUTURAS DE APOIO À INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

2.1. Comportamentos aditivos

Os comportamentos aditivos podem ser definidos de várias formas e segundo vários autores. Cada um procura encontrar uma definição segundo o seu horizonte de vida pessoal e profissional, alicerçada em conceitos científicos que, ao longo dos anos, se foram aprofundando e refinando. Desde as definições de comportamentos aditivos ligados exclusivamente a substâncias químicas, situação na qual se referem apenas às drogas enquanto substância química, quer elas sejam lícitas ou ilícitas, às definições mais psicológicas e neste campo entram comportamentos ligados ao jogo, compras, alimentos, sexo, etc. A estas dependências, qualquer que seja a sua origem, está sempre associado um comportamento aditivo. Daí que a definição tenha evoluído para um conceito de adição mais abrangente e que abarca toda e qualquer forma de comportamento em que o indivíduo, por uma razão que ele não controla, deixa que o seu corpo atue de uma forma “autónoma”. Mesmo sabendo que o que está ou vai fazer não está correto, algo mais forte o impulsiona a fazer, quer seja pelo “prazer” ou para “aliviar o sofrimento”.

A adição pode, assim, definir-se como a adoção de comportamentos de risco aliados a substâncias e a atividades com características comuns, *“nomeadamente quando se tornam tão excessivos na vida dos indivíduos, que assumem um papel fundamental, conduzindo-os a situações de negligência ou exclusão de outras áreas da sua vida quotidiana, a nível social ou profissional. Apesar de os indivíduos estarem conscientes dessas situações e das implicações nas suas vidas, não têm capacidade de limitar ou alterar esses comportamentos.”* (Plano Estratégico 2013 - 2015, p.20).

De acordo com a ASAM (American Society of Addiction Medicine, 2011)¹, a adição é uma doença crónica do sistema de recompensa cerebral, da motivação, da memória e dos circuitos cerebrais associados. A disfunção que se verifica nestes circuitos provoca manifestações biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Isto reflete-se no indivíduo que, de forma patológica, procura a recompensa e/ou o alívio através do uso de substâncias ou de outros comportamentos. A adição caracteriza-se pela incapacidade em

¹ As traduções neste trabalho são da exclusiva responsabilidade do autor.

se manter abstinente de forma consistente, pelo déficit de autocontrolo, pelo *craving*², pela diminuição do reconhecimento dos problemas comportamentais, consigo próprio e nas relações interpessoais, e ainda pela disfuncionalidade nas respostas emocionais. Tal como outras doenças crónicas, a adição envolve ciclos de recaída e tratamento. Sem tratamento e sem envolvimento no processo terapêutico, a adição é progressiva e pode resultar em incapacidade ou morte prematura.

Na tabela 1 resumem-se de uma forma genérica as classificações dos comportamentos aditivos tendo como base a literatura consultada e o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

Tabela 1 – Classificações dos comportamentos aditivos

Adições com substâncias (toxicodependência)	Drogas Lícitas: <i>tabaco, álcool, café, medicamentos, jogo, e outras</i> Drogas Ilícitas: <i>opiáceos, canabinóides, cocaína e outras</i>
Adições sem substâncias (dependência sem tóxicos)	Atividades Lícitas: <i>jogo, alimentação, sexo, TV, compras, internet</i> Atividades Ilícitas: <i>roubo, incêndios, outros</i>

Fonte: Autor.

O consumo de drogas legais e ilegais é um problema bastante importante de saúde pública. É necessário ter em conta as variáveis pessoais e o grau de conhecimento e experiência do consumidor, a sua motivação, entre outras, e as propriedades específicas de cada substância/comportamento.

O que faz com que uma adição seja nociva é o facto de se virar contra o próprio consumidor e contra os outros. A princípio obtém-se uma gratificação aparente, semelhante a um hábito. Mas algum tempo mais tarde a sua conduta começa a ter consequências negativas na sua vida. Os comportamentos aditivos produzem prazer, alívio e outras compensações a curto prazo, mas provocam dor e desolação, entre outros, posteriormente.

As consequências negativas associadas às adições afetam muitos aspetos da vida de uma pessoa.

² A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu *craving* como um desejo de repetir a experiência dos efeitos de uma dada substância. Este desejo pode ocorrer tanto na fase de consumo como no início da abstinência, ou após um longo tempo sem utilizar a droga, costuma vir acompanhado de alterações no humor, no comportamento e no pensamento.

Seguidamente, e segundo (Bertrand, 2006; Mendes, 2005), referem-se as principais consequências, subdivididas com base na classificação mais comum.

Ao nível individual são os danos vivenciados pelo próprio indivíduo. O consumo de drogas origina problemas de saúde, intervém no surgimento de diversas doenças e provoca danos físicos e psicológicos. No caso dos danos físicos, salientamos as hepatites, cirroses, transtornos cardiovasculares, fadigas, as úlceras, as depressões, psicoses, paranoias, etc. Ao nível de transtornos psicológicos, podem surgir estados de ânimos negativos e irritabilidade, insónias, atitudes defensivas, perda de auto estima e intensos sentimentos de culpa, tornando-se egoístas e egocêntricos. A adição provoca, também, perturbações ao nível laboral como a queda de produtividade, deterioração da qualidade de trabalho, provocando muitas vezes a perda do posto de trabalho.

Ao nível familiar o consumo de drogas gera uma multiplicidade de consequências negativas para a família, para os vizinhos, os amigos, etc. As relações alteram-se, aparecem discussões frequentes, desinteresse sexual, a comunicação diminui, perde-se a confiança, e existe um afastamento progressivo das pessoas mais próximas. Com frequência os membros da família deixam de se relacionar de forma normal negando a existência de problemas, bloqueados pelos seus próprios sentimentos. Outros elementos da família tentam encobrir os erros que o elemento com problemas de adição comete. Quando existem filhos, muitas vezes o cônjuge tenta ocultar destes o problema das drogas. A droga pode, assim, controlar a vida de um indivíduo e o comportamento dos membros da família e dos que o rodeiam (Sousa *et al.* 2007).

Ao nível comunitário, o consumo de substâncias produz efeitos sobre a estrutura e a organização da própria sociedade (maior insegurança ou presença de crime organizado, por exemplo). Os indivíduos consumidores vêm-se com frequência envolvidos em agressões, desordens públicas, conflitos raciais, marginalidade, etc. As avultadas somas de dinheiro que envolve o mercado de substâncias ilícitas leva à contração de dívidas e em último caso, para sustentar o vício, muitos consumidores são “obrigados” a recorrer a atividades ilegais e a cometer crimes.

2.2. Enquadramento internacional

Seguidamente apresentam-se exemplos de como a intervenção e a resposta a esta problemática é levada a efeito em países que se consideram estar mais próximos da realidade portuguesa.

Em Espanha e segundo Toxicodependência (2012a), a implementação, gestão e avaliação dos recursos e programas relativos aos cuidados a prestar aos utilizadores de drogas é da responsabilidade das Comunidades Autónomas/Regiões. Cada Região organiza e promove intervenções na área da saúde, da forma que consideram mais apropriada e de acordo com as suas próprias políticas e orçamentos disponíveis. Algumas integram o tratamento nas unidades de cuidados de saúde primários, outras nos serviços de saúde mental e outras mantêm-se numa rede de trabalho separada apesar de ligados ao sistema geral de saúde. A Delegação do Governo para o Plano Nacional das Drogas, ligada ao Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade é responsável pela monitorização e recolha de dados nacionais.

O sector público está envolvido na prestação de cuidados ao nível do tratamento, seguido pelas Organizações Não Governamentais (ONG) e organizações privadas. Os fundos para o tratamento provêm do orçamento público do governo central, das comunidades autónomas e dos municípios. Existe uma rede de cuidados específica para a dependência de drogas e que se encontra distribuída por todo o país. Os cuidados de saúde e tratamento são promovidos pelas Comunidades Autónomas e pelos municípios, quer para os distúrbios ligados ao abuso de drogas, quer para as outras doenças. Em 2008, esta rede de cuidados tinha 491 domicílios com aproximadamente 80400 doentes assistidos, 50 unidades de desintoxicação com 3828 doentes assistidos, 129 comunidades terapêuticas com 6593 admitidos e, aproximadamente 2700 pontos de prescrição/dispensa de metadona³ para tratamento de substituição. Não existe uma regra geral para o financiamento público, sendo que alguns Planos Regionais de Drogas financiam este tipo de tratamento e outros não. O tratamento de substituição está disponível em centros especializados, em outros centros de saúde e de saúde mental e em hospitais. As farmácias estão envolvidas na dispensa de medicação para estes pacientes. Existe um padrão de qualidade e um sistema de monitorização para os utentes em tratamento de substituição ao nível das comunidades autónomas e estes dados são reportados à delegação governamental do plano nacional das drogas.

Uma nova Estratégia Nacional de Drogas espanhola (2009-2016) foi adotada no início de 2009. A estratégia, que é abrangente e se concentra em drogas ilícitas, álcool e outras

³ Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) no Manual de Gestão, Procedimentos e Circuito do Cloridrato de Metadona, a metadona é definida como um medicamento para *“Permitir que o doente receba diagnóstico correto e as medidas terapêuticas que contribuam para a obtenção de um estado ótimo de saúde (...) com os menores custos, a exposição aos menores riscos possíveis como consequência do tratamento e com a máxima satisfação do doente (...)”*.

substâncias, tem cinco campos de ação: (i) redução da procura (tratamento e reinserção social, prevenção e redução de riscos e danos); (ii) redução da oferta; (iii) aplicação do conhecimento científico; (iv) formação e (v) cooperação internacional. A estratégia tem vários objetivos, incluindo (i) a diminuição do uso de drogas legais e ilegais, (ii) o atraso da idade de início do contacto com as drogas, (iii) a garantia de uma assistência de qualidade adaptada às necessidades de todas as pessoas afetadas pelo uso de drogas, (iv) a redução ou limitação dos danos causados à saúde dos utilizadores de drogas e (v) a facilitação da sua integração social.

Em França, segundo Toxicodependência (2012a), a Missão Interministerial de Combate às drogas e à toxicodependência é responsável por definir, implementar e coordenar a política relacionada com drogas lícitas e ilícitas. São três os pilares do tratamento: um sistema de tratamento especializado em adição que intervém nas áreas médica e social, um sistema geral de cuidados que integra hospitais e clínicos gerais e um sistema de redução de riscos. O acesso ao tratamento dos utilizadores de drogas é da responsabilidade das autoridades locais e regionais. Desde 2003 que o sistema de tratamento de drogas é financiado pelo sistema de segurança social francês. Quase todas as 100 áreas sub-regionais administrativas têm, pelo menos, um centro especializado no tratamento de drogas e adição. Estes centros fornecem 3 tipos de serviços: cuidados domiciliários, internamento e tratamento para os reclusos. Desde Janeiro de 2002 que os médicos que trabalham em unidades de saúde podem prescrever metadona aos grandes dependentes de opiáceos, fora do contexto especializado dos centros de tratamento e dos hospitais.

No verão de 2008, o Plano Governamental de Combate à Droga e à Toxicodependência 2008-2011 substituiu o Plano de Ação de cinco anos sobre Drogas, Tabaco e Álcool (2004-2008). O Plano abrange tanto o álcool como as drogas ilícitas e lícitas, e, em alguma medida, o tabaco. Os seus principais objetivos são a redução do número de utilizadores de drogas ilícitas e a redução do número de utilizadores problemáticos de álcool. As principais prioridades são impedir os jovens de iniciarem o uso de drogas, reduzir a oferta de drogas, e intensificar e diversificar o atendimento de saúde e social para utilizadores de drogas. O novo plano é construído em torno de cinco eixos: (i) comunicação, prevenção e informação; (ii) aplicação da lei; (iii) cuidados de saúde, reinserção social e redução de danos; (iii) monitorização, formação e investigação; (v) assuntos internacionais.

No Reino Unido todas as estratégias dão prioridade a um acesso efetivo ao tratamento, em particular dos grupos mais vulneráveis ou excluídos, tentando, simultaneamente, promover e encorajar o utente para o tratamento. O tratamento de drogas é efetuado em parceria com vários agentes que representam a saúde, justiça criminal e serviços sociais. Recentemente tem-se vindo a prestar mais atenção à associação da saúde com os resultados sociais no âmbito do tratamento. Em quase todo o Reino Unido, particularmente em Inglaterra, há 4 níveis de intervenção relativos ao sistema de tratamento: 1) Intervenção genérica, informações, aconselhamento e referenciação para especialistas, 2) acesso a intervenções abertas como sejam os serviços de “*drop-in*” onde é prestado aconselhamento e informação e alguns serviços de redução de danos como seja a troca de seringas, 3) serviços especializados na comunidade que incluem a prescrição, programas diários estruturados, intervenções psicossociais estruturadas (aconselhamento, terapia, desintoxicação de base comunitária), 4) serviços com internamento que incluem a desintoxicação e a reabilitação em sistema residencial. A maior parte dos serviços estruturados situam-se no nível 3. O restabelecimento e reintegração social são os elementos chave da estratégia para a droga no Reino Unido. Em Inglaterra e no País de Gales os programas de intervenção em drogas procuram os utilizadores de drogas nos sistemas judicial e criminal oferecendo uma ampla resposta de tratamento e reintegração social junto das equipas de intervenção de justiça e criminal comunitárias e do sistema prisional. A estratégia irlandesa é abrangente e assente em cinco pilares (redução da oferta, prevenção, tratamento, reabilitação e investigação). Ela é construída em torno de uma hierarquia de metas, objetivos e indicadores chave de desempenho, e é composta por 54 ações diferentes. Os objetivos estratégicos gerais são (i) a criação de uma sociedade mais segura por meio da redução quer da oferta, quer da disponibilização de medicamentos para uso ilícito, no sentido de minimizar o consumo problemático de drogas em toda a sociedade e (ii) fornecer um tratamento adequado e oportuno em serviços de reabilitação (incluindo redução de danos) adaptados às necessidades individuais (Toxicodependência, 2012d).

Na Holanda a responsabilidade da organização, implementação e coordenação dos cuidados a ter com as adições é delegada nas autoridades locais e regionais. O tratamento de drogas é essencialmente fornecido por organizações não-governamentais de nível regional, seguido de organizações privadas, incluindo médicos, hospitais e clínicas privadas. O tratamento de drogas é também possível em hospitais públicos regionais. Na década passada, o número de serviços prestados na área da adição foi consideravelmente reduzido por razões económicas, tendo sido substituídos por

respostas na área da saúde mental. Outras organizações que respondem às necessidades das pessoas aditas são os serviços de saúde municipais, os hospitais gerais psiquiátricos, algumas organizações religiosas e algumas clínicas privadas. As clínicas privadas e as unidades de adição dos hospitais gerais de psiquiatria não estão incluídos no Sistema Nacional de Informação de Álcool e Drogas. O financiamento para o tratamento de drogas provém, fundamentalmente, do orçamento público nacional e local. As desintoxicações e o tratamento residencial são suportados pelos seguros de saúde. As possibilidades de intervenção no tratamento são várias: para a dependência de opiáceos é dominante o tratamento de substituição em ambulatório. As intervenções psicossociais surgem como complemento a este tratamento de forma a torná-lo mais efetivo a longo prazo, reduzindo a possibilidade de recaída e promovendo a reintegração social. Na Holanda, em 1995, afirmaram-se os princípios básicos da política de drogas: a distinção entre drogas leves e duras, uma abordagem equilibrada e integrada, e quatro objetivos principais: (1) evitar o uso de drogas, tratar e reabilitar os utilizadores de drogas; (2) reduzir os danos aos utilizadores; (3) diminuir a perturbação da ordem pública por utilizadores de drogas; e (4) combater o tráfico e a produção de drogas. Em 2011 o governo declarou a intenção de dar um "novo impulso" à política de drogas numa "carta de drogas" (Drugsbrief), com regras mais estritas para Coffeeshops⁴ (Toxicodependência, 2012c).

⁴ São locais onde a compra e o consumo de drogas, com algumas regras, é permitido.

CAPÍTULO 3. APOIO À INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS: O CASO DE PORTUGAL

Até à década de 60 do século passado, a droga era apenas consumida por alguns intelectuais ou grupos marginais e parecia não constituir um fenómeno relevante para a sociedade portuguesa, pelo que não era necessário ao Estado intervir nesse âmbito, apenas se preocupava com a utilização da droga para fins medicamentosos, com problemas de tráfico de algumas substâncias e com o cumprimento de normas internacionais (Dias, 2007).

A evolução histórica da legislação que se refere seguidamente, com alguns comentários, mostra como o Estado foi reagindo à medida que o problema se agudizava. Os problemas sociais causados pelos consumidores e toda a sua envolvente, quer familiar quer social, foram sucessivamente “obrigando” o Estado a adaptar os meios humanos e financeiros para tentar dar uma resposta adequada, desde a resposta ao tráfico internacional, passando pelos primeiros programas de resposta a problemas sociais, até à criação de estruturas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) com recursos próprios e autonomia para responder a esta doença.

Relativamente ao álcool, a procura de estruturas de respostas surge mais cedo, e já em 1963, através da Lei n.º 2118, de 3 de abril, se previa a criação de estabelecimentos de tratamento e recuperação de alcoólicos e outros toxicómanos, assumindo o álcool um papel preponderante de preocupação relativamente às outras substâncias.

Em 15 de setembro de 1979, pela Lei n.º 56/79, é criado o Serviço Nacional de Saúde, sendo a Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, sendo estes os diplomas estruturantes da resposta do Estado às necessidades de cuidados de saúde das populações.

Desta forma, foram definidos os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados ou secundários. Os primeiros mais próximos das populações, a que atualmente se refere a organização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e os segundos para prestarem cuidados que requeiram um nível de cuidados mais especializados e a que correspondem os Hospitais ou os Centros Hospitalares.

Os ACES, criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, “*têm por missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.*”

Em 2006, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o objetivo de dar resposta a pessoas em situação de dependência após a prestação de cuidados diferenciados, assegurando a melhoria das condições de vida e de bem-estar.

Em termos gerais estão assim definidos os três níveis de cuidados: primários, secundários e continuados.

Estes cuidados podem ser prestados de uma forma articulada por cada um dos níveis ou de forma integrada através das Unidades Locais de Saúde (ULS) que, dentro de uma área geográfica, são responsáveis por todos os níveis de cuidados.

As ULS são estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, que presta cuidados de globais e integrados à população da sua área geográfica de influência. A gestão de todos os estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde de uma determinada área geográfica está atribuída a um único conselho de administração.

A figura 1 mostra como está organizada, atualmente, a estrutura de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

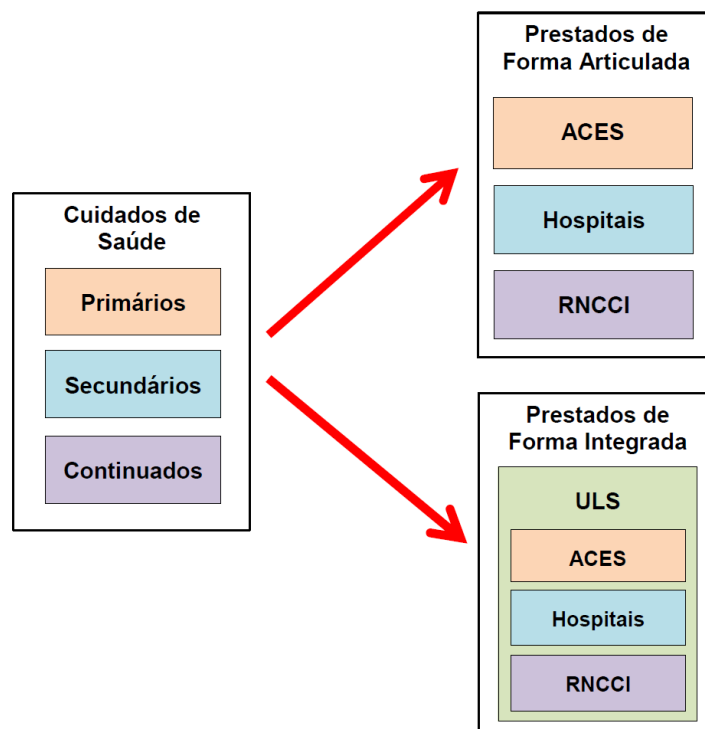


Figura 1 – Estruturas de prestação dos cuidados de saúde.

Fonte: Autor.

O MS tem a sua atual estrutura orgânica definida no Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, com a qual pretende assegurar a prestação de cuidados de saúde às populações. Da estrutura existente, vamos abordar apenas aquelas que de algum modo estão ligadas ao tema do estudo, ficando de parte alguns serviços centrais, organismos e estabelecimentos que, embora façam parte da estrutura orgânica do MS não se mostram relevantes no contexto deste trabalho.

A figura 2 esquematiza, de forma hierarquizada, os níveis de prestação de cuidados de saúde pelo respetivo Ministério.

Verificamos que o MS dá cumprimento às suas atribuições através de serviços integrados na administração direta, indireta e do setor empresarial do Estado. Na administração direta incluem-se, para além de outros, a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), exercendo o Estado uma função de direção. Na administração indireta temos os institutos públicos, organismos que exercem as suas atribuições sob a superintendência e tutela do MS. E o setor empresarial do estado onde, no domínio da saúde, se encontram os hospitais, os centros hospitalares e as ULS.

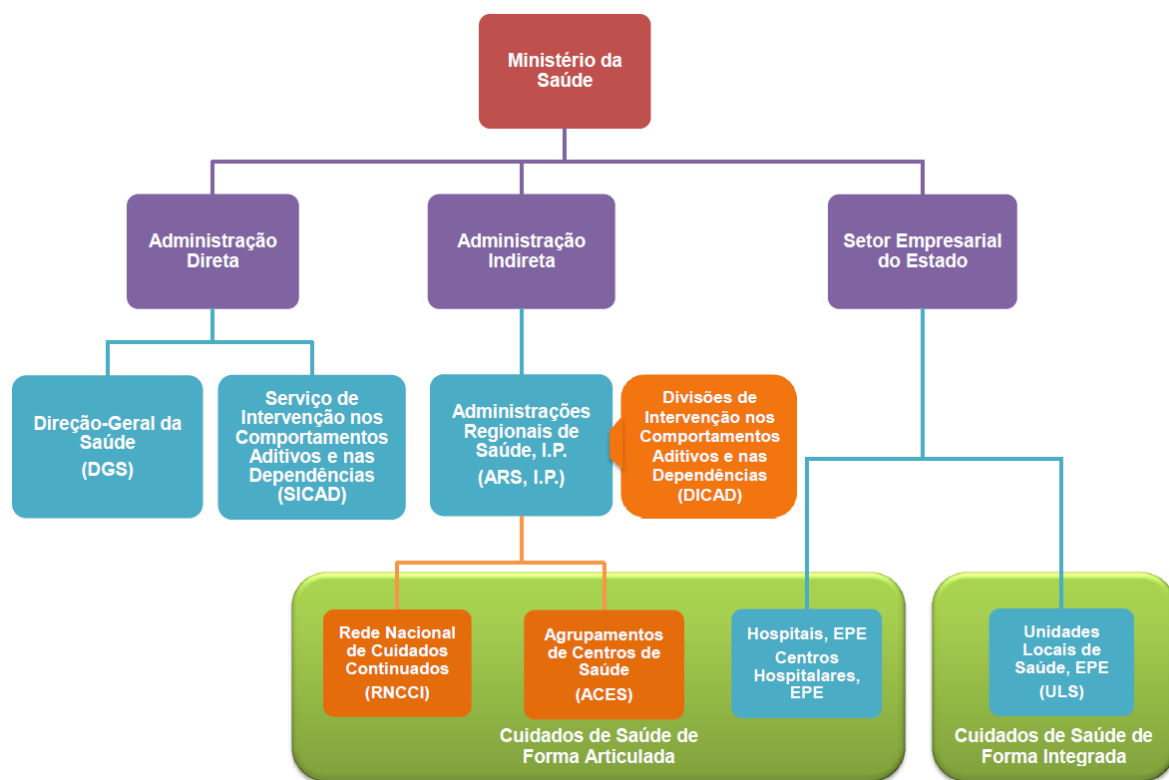


Figura 2 – Organograma da prestação de cuidados.

Fonte: Autor.

Temos assim o país com dois modelos de organização estrutural de prestação de cuidados de saúde. A figura 3 mostra onde estão implantadas as ULS em Portugal, sendo que a restante área geográfica tem implantado o modelo de articulação entre organismos e estabelecimentos conforme ficou descrito anteriormente.



Figura 3 – Implantação das ULS em Portugal.

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde – Estudo sobre o desempenho das ULS.

Estas são as estruturas que, em termos gerais, prestam cuidados de saúde às populações.

Volvidos 35 anos da criação do SNS, a sua essência é a de um “*O Estado Social, configurado na Constituição da República, tem como trave-mestra o Serviço Nacional de Saúde. A ele deve ser atribuído, na justa proporção das demais necessidades públicas, uma parte do orçamento, isto é, dos nossos impostos. Cada um paga consoante as suas possibilidades e recebe do Estado, segundo uma filosofia de solidariedade, o que importa às suas necessidades mais prementes, à frente das quais se encontram as prestações de saúde.*” (Arnaut, 2015, p.189).

Segundo Campos (2015), a partir de 2011 aumentou a despesa com a saúde por parte das famílias, tendo aquela ficado mais cara devido à contenção da despesa pública que resultou do memorando de entendimento com a Troika. O crescimento da despesa pública foi travado, assistindo-se em simultâneo a uma transferência dos serviços de

saúde da esfera pública para a privada. O mesmo autor perspetiva a destruição lenta do SNS, que tão bons resultados tem proporcionado, se a redução do seu orçamento se mantiver, deixando-se, por esse motivo, cair os princípios que estiveram na base da sua criação.

3.1. Evolução das estruturas de apoio ao longo do tempo

As primeiras normas produzidas, Lei n.º 1687, de 6 de agosto de 1923, regulada pelo Decreto n.º 10375, de 9 de dezembro de 1924 e a Convenção do Ópio, realizada em Genebra em 19 de fevereiro de 1925, são exemplo da reação do Estado às condicionantes internacionais.

Em Portugal só com o final da Guerra Colonial e com revolução de abril de 1974 é que a problemática das drogas começou a “obrigar” o Estado a responder aos problemas resultantes dos consumos de drogas ilícitas.

No que se refere ao álcool as preocupações são anteriores e diferentes porque se trata de uma bebida lícita, que Portugal produz, e é muito relevante para a economia.

Nos anos 60 do século passado é que assistimos aos primeiros diplomas a consagrar a prestação de cuidados de saúde de forma organizada territorialmente na dependência do Estado com a criação primeiro nos Hospitais e depois em 1979, com a criação do SNS, de forma mais próxima dos cidadãos.

A figura 4 permite visualizar, de forma sucinta, as alterações das estruturas de apoio a esta problemática.

No período de 1966 a 1987 assistimos à criação e organização dos primeiros serviços específicos para dar resposta a esta problemática. Entram em funcionamento os Serviços de Alcoologia (SA) nos Hospitais Psiquiátricos Júlio de Matos (Centro António Flores), Sobral Cid e Magalhães e Lemos. Em 1971 através da Portaria n.º 192/71, de 14 de abril, é criado, no Hospital Sobral Cid, o Centro de Recuperação de Alcoólicos (CRA-HSC). O Decreto-Lei n.º 792/76, de 5 de novembro, cria o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD) e, em 1982, pelo Decreto-Lei n.º 365/82, de 8 de setembro, os respetivos Centros Regionais do Norte, do Centro e do Sul. O “Projeto Vida” que contemplava 30 medidas nos domínios da prevenção da toxicomania, do tratamento, reabilitação e inserção social do toxicómano e do combate ao tráfico, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de abril. E com a publicação do Decreto do

Governo n.º 20-A/87, de 12 de junho, é criado o primeiro Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT), o Centro das Taipas em Lisboa.

Entre 1988 e 1999, são otimizadas as estruturas de resposta. São criados os Centros Regionais de Alcoologia (CRA) do Porto, Coimbra e Lisboa, através do Decreto Regulamentar n.º 41/88, de 21 de novembro, e reestruturados em 1995 com a publicação do Decreto-Lei n.º 269/95, de 19 de outubro. Pelo Decreto-Lei n.º 83/90, de 14 de março é criado o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT). Em 5 de fevereiro de 1999, com a publicação do Decreto-Lei n.º 31/99, é criado o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

No período de 2000 a 2005, com a publicação do Decreto-Lei n.º 318/2000, de 14 de dezembro, os Centros Regionais de Alcoologia de Coimbra, Lisboa e Porto passam a designar-se Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Sul e Norte (CRA-CSN) e é criado o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) com a publicação do Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro.

Em 2006, com a publicação do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro, é criado o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.) por fusão dos CRA-CSN e do IDT.

Posteriormente, em 2011, através do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 28 de dezembro, é extinto o IDT, I.P. e criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), enquanto Direção-Geral, e a componente operacional de resposta cometida às Administrações Regionais de Saúde, I.P.

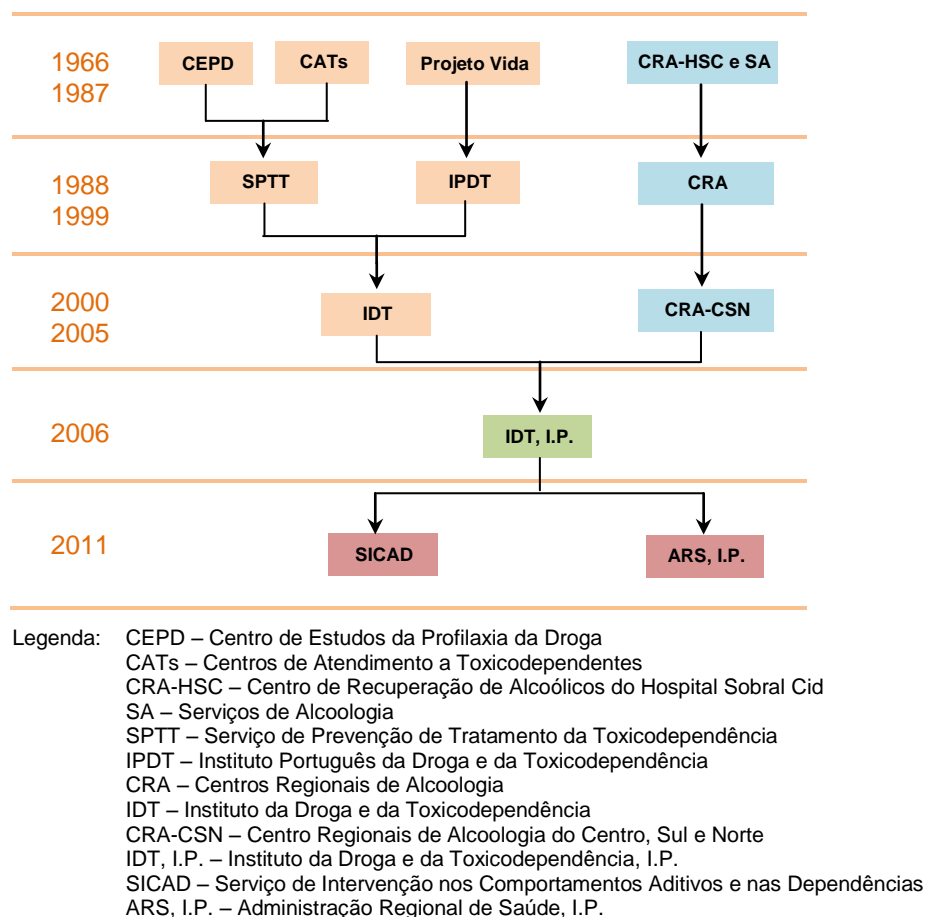


Figura 4 – Evolução das estruturas de resposta à problemática das dependências.

Fonte: Autor

Na tabela 2 evidenciamos a evolução da legislação e consequente adaptação das respostas à problemática dos comportamentos aditivos e das dependências ao longo dos anos, através da identificação do ano em que a lei foi criada, da sua identificação e de uma breve descrição do seu conteúdo.

Tabela 2 – Evolução da legislação portuguesa relativa às estruturas de apoio à problemática dos comportamentos aditivos e dependências

Ano	Diploma	Breve descrição
1963	Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963.	Lei de Bases da Saúde Mental que prevê a criação de estabelecimentos de tratamento e recuperação de alcoólicos e outros toxicómanos.
1963	Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963.	Promulga as bases da política de saúde e assistência.
1971	Portaria n.º 192/71, de 14 de abril.	Criação, no Hospital Sobral Cid, do Centro de Recuperação de Alcoólicos.
1975	Decreto-Lei n.º 792/76, de 5 de novembro.	Criação do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD).
1977	Despacho Normativo n.º 176/77, de 30 de agosto.	Constituição da Comissão de Combate ao Alcoolismo.
1982	Decreto-Lei n.º 365/82, de 8 de setembro.	Reestruturação do Gabinete de Coordenação do Combate à Droga, que passa a designar-se Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD).
1987	Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de abril.	Projeto Vida – Programa Nacional de Combate à Droga.
1987	Decreto do Governo n.º 20-A/87, de 12 de junho.	Criação do Centro das Taipas - Primeira unidade do Ministério da Saúde exclusivamente vocacionada para o tratamento de toxicodependentes.
1988	Decreto Regulamentar n.º 41/88, de 21 de novembro.	Criação dos Centros Regionais de Alcoologia do Porto, Coimbra e Lisboa (CRA).
1989	Portaria n.º 74/89, de 2 de fevereiro.	Criação do Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT) da Cedofeita, no Porto, e o Serviço de Prevenção e Atendimento a Toxicodependentes (SPAT) do Algarve.
1990	Decreto-Lei n.º 83/90, de 14 de março.	Criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT).
1999	Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de fevereiro.	Criação do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).
2000	Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro.	Aprova a descriminalização do consumo de drogas e cria as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT). Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT).
2000	Decreto-Lei n.º 318/2000, de 14 de Dezembro.	Reestrutura os centros regionais de alcoologia e cria unidades funcionais de intervenção em alcoologia no âmbito dos serviços locais de saúde mental.
2002	Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro.	Criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), resultante da fusão do SPTT e do IPDT.
2006	Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro.	Extinção por fusão dos Centros Regionais de Alcoologia com as atribuições integradas no IDT, I.P.
2007	Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.	Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, IP). Integração do Álcool.
2011	Decreto-Lei n.º 124/2011, de 28 de dezembro.	Criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Cometendo-se às Administrações Regionais de Saúde, I. P., a componente de operacionalização das políticas de saúde.
2012	Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro.	Aprova a orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).
2012	Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.	Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I.P.)
2013	Portaria n.º 214/2013, de 27 de junho.	Cria na ARSC, I.P. a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).
2014	Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2976/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 37, de 21 de fevereiro de 2014.	Define as unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção dos comportamentos aditivos e das dependências no âmbito da DICAD da ARSC, I.P.
2014	Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 3250/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 41, de 27 de fevereiro de 2014.	Constituição de um Grupo de Trabalho com o objetivo de avaliar a situação da prestação de cuidados de saúde mental. Incluindo estudar a forma de proceder e propor um calendário para a integração dos Centros de Respostas Integradas (CRI) na estrutura dos ACES e das Unidades de Alcoologia e das Unidades de Desabitação em instituições hospitalares.
2014	Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2014, de 29 de dezembro.	Aprova o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

Fonte: Autor.

3.2. O modelo atual de estrutura

O modelo de estrutura organizacional portuguesa, no que diz respeito à saúde, de acordo com o Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, está dividido em cinco regiões, sendo estas as Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P.) Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

“1 — As ARS, I. P., exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

2 — As ARS, I. P., têm sede:

- a) ARS do Norte, I. P., no Porto;
- b) ARS do Centro, I. P., em Coimbra;
- c) ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., em Lisboa;
- d) ARS do Alentejo, I. P., em Évora;
- e) ARS do Algarve, I. P., em Faro.”

A figura 5 permite visualizar a área geográfica de intervenção e a organização da ARS do Centro (ARSC, I.P.).

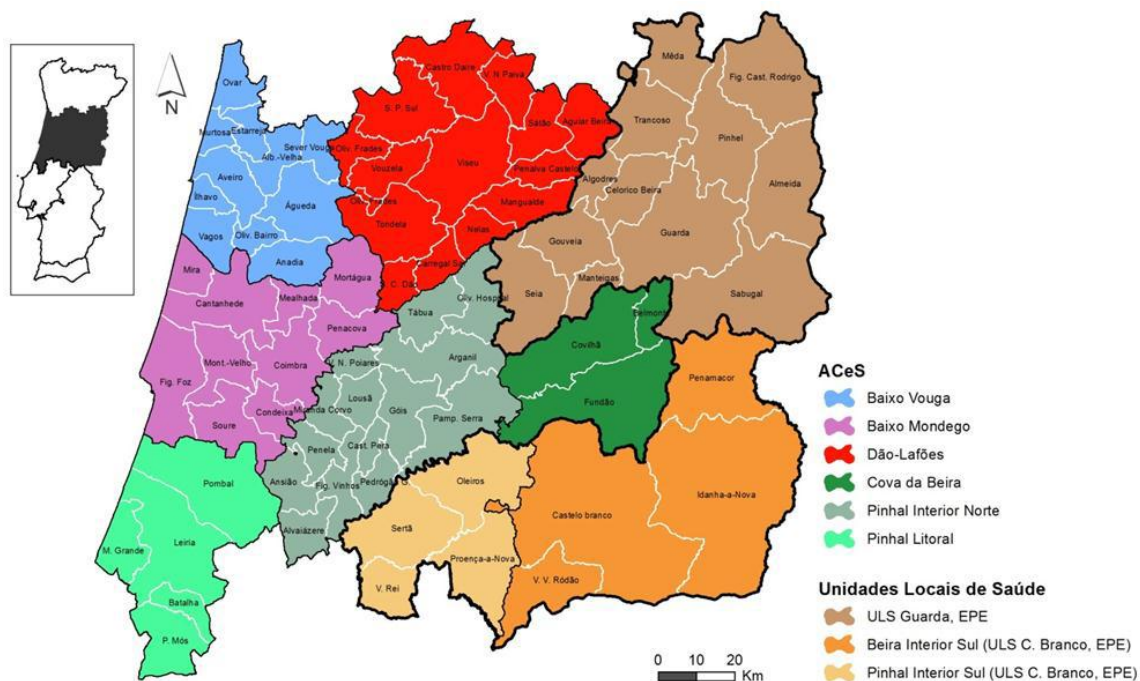


Figura 5 – Área geográfica de intervenção da ARSC, I.P.

Fonte: ARSC, I.P.

Relativamente aos comportamentos aditivos, e segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, com a competência do planeamento e acompanhamento de programas de *“redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências”*, cometendo-se às Administrações Regionais de Saúde, I. P., a componente de operacionalização das políticas de saúde através da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).

As estruturas oficiais que neste momento dão resposta a esta problemática encontram-se definidas, no âmbito do Ministério da Saúde, nos diplomas seguintes:

O Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, aprova a orgânica do MS, e define a missão e a estruturação dos serviços, organismos, órgãos consultivos e demais entidades que prosseguem as suas atribuições;

O Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, aprova a orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. O SICAD é uma direção-geral que tem por missão a definição da política nacional para o combate aos comportamentos aditivos e dependências;

O Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P.). As ARS, I.P. são os organismos do MS que têm a missão de executar a política nacional de saúde, assumindo as funções operacionais, anteriormente cometidas ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.), para a prestação de cuidados de saúde na área dos comportamentos aditivos e das dependências.

As estruturas que no terreno dão resposta aos referidos cuidados de saúde encontram-se definidas no Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (SEAMS) n.º 2976/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 37, de 21 de fevereiro de 2014.

De acordo com o referido despacho temos as seguintes estruturas, denominadas de Unidades de Intervenção Local (UIL), com as respetivas competências:

Centros de Respostas Integradas (CRI)

“Aos centros de respostas integradas compete executar os programas de intervenção local, no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem

como à prestação de cuidados integrados e globais a utentes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção, bem como à sua referenciação.”

Unidades de Alcoologia (UA)

“Às unidades de alcoologia compete prestar cuidados integrados em regime de ambulatório ou de internamento, sob responsabilidades médica, a utentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, e apoiar a atividade de intervenção dos centros de respostas integradas na área de alcoologia, enquanto unidades especializadas.”

Unidades de Desabilitação (UD)

“Às unidades de desabilitação compete realizar tratamentos de síndrome de privação em utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, sob responsabilidade médica, em regime de internamento.”

Comunidades Terapêuticas (CT)

“Às comunidades terapêuticas compete prestar cuidados a utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, sob supervisão psiquiátrica.”

A figura 6 mostra, de forma esquemática, a organização dos serviços de cuidados de saúde nos CAD ao nível da ARSC, I.P.

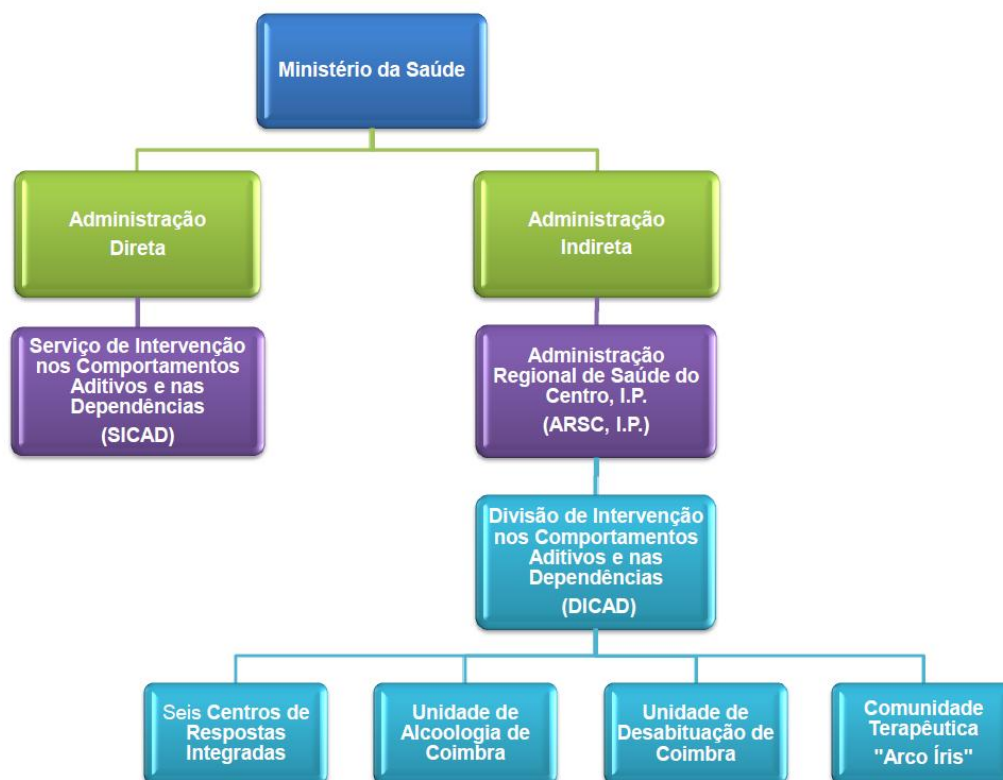


Figura 6 – Os Comportamentos Aditivos e as Dependências na ARSC, I.P.

Fonte: Autor.

Para além das estruturas mencionadas, o Ministério da Saúde, implementa, através do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.), atualmente SICAD, a nível nacional, programas de intervenção que, com a colaboração da sociedade civil, dão resposta à problemática da droga e da toxicodependência.

O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) é uma medida estruturante de âmbito nacional que promove a intervenção integrada no que respeita ao consumo de substâncias psicoativas, e que privilegia a existência de diagnósticos locais que fundamentam a intervenção em territórios identificados como prioritários.

A sua operacionalização obedece à implementação de fases sequenciais e é efetivada com a criação de Programas de Respostas Integradas (PRI) em cada território devidamente identificado em diagnóstico nacional.

Cada PRI é um programa de ação territorial que integra respostas interdisciplinares (tratamento, prevenção, redução de riscos e minimização de danos e reinserção) que decorre do diagnóstico do território. O Núcleo Territorial operacionaliza os PRI.



Figura 7 – Constituição tipo do Núcleo Territorial.

Fonte: IDT, I.P.

Estes programas, que englobam as quatro áreas de missão (i) tratamento, (ii) prevenção, (iii) reinserção e (iv) redução de riscos e minimização de danos, definem e estruturam a intervenção que é feita em Portugal.

Se das primeiras três áreas existe, na sociedade, uma noção, mesmo que muito genérica, da sua existência e significado, já no que diz respeito à redução de riscos e minimização de danos supõe-se que haverá menos conhecimento relativamente ao seu significado e aos programas de atuação que lhe correspondem.

Assim, e segundo Carapinha (2009), identificamos a seguir os programas e estruturas, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, que a definem e que, pela proximidade e especificidade das intervenções, tem maior visibilidade na comunidade.

1. Programa “troca de seringas”

O programa de “troca de seringas” tem como objetivo prevenir a disseminação de doenças infecciosas, através da troca de material de consumo por via endovenosa.

2. Equipas de rua

As equipas de rua destinam-se a promover a redução de riscos e danos, através de uma abordagem individual e de proximidade junto dos consumidores nos locais de consumo.

Neste sentido, e numa perspectiva de intervenção comunitária procuram sensibilizar e envolver as populações e serviços locais.

Para desenvolvimento deste trabalho as equipas de rua podem:

- a) disponibilizar utensílios e outras respostas de apoio à população consumidora;
- b) fornecer informação no âmbito do consumo de drogas;
- c) interagir com os consumidores perante situações de risco;
- d) intervir nos primeiros socorros em situações de emergência ou de negligência;
- f) substituir seringas, no âmbito do programa de “troca de seringas”; (Carapinha, 2009).

3. Gabinetes de apoio para toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar

“Os gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar são gabinetes de triagem, de apoio e de encaminhamento sócio-terapêutico. Destinam-se a contribuir para o diagnóstico e melhoria das condições sócio-sanitárias de toxicodependentes marginalizados e excluídos e para o seu encaminhamento social e terapêutico.” (Carapinha, 2009).

4. Pontos de contacto e de informação

“Os pontos de contacto e de informação são espaços destinados a evitar ou atenuar o consumo de drogas e respetivos riscos. Destinam-se ainda a, em condições que se assegurem a maior difusão possível, informar e auscultar as populações sobre os riscos e efeitos da toxicodependência, bem como sobre outros temas que possam contribuir para a prevenção do consumo.” (Carapinha, 2009).

5. Programas de substituição em baixo limiar de exigência

Estes programas têm como objetivos:

- a) a redução do consumo de heroína, através da administração de metadona por um técnico de saúde, a ser dispensada por “programas de grande acessibilidade, sem exigência imediata de abstinência e em instalações adequadas para o efeito,” (Carapinha, 2009).

- b) o aumento e a intensidade dos contactos do consumidor com os profissionais de uma equipa sócio-sanitária, que possam conduzir a uma futura abstinência.

6. Centros de acolhimento.

“Os centros de acolhimento são espaços residenciais temporários. Destinam-se a contribuir para o afastamento de ambientes propícios ao consumo, bem como para o encaminhamento social e terapêutico de toxicodependentes excluídos.” (Carapinha, 2009).

Aqui chegados, importa perceber o que na prática, e em termos globais, aconteceu com extinção do IDT, I.P. por força do já citado Decreto-Lei n.º 124/2011, de 28 de dezembro. As suas atribuições foram divididas, basicamente, em duas partes, a de orientação e definição de atuação e a de execução. A primeira atribuída ao SICAD e a segunda às ARS, I.P. Atribuiu a uma a definição do modo como a outra tem que fazer para chegar a determinados fins sem que a primeira seja responsável por aqueles. Em termos conceptuais parece contraproducente tal medida, pois quer uma quer outra dispõe de meios financeiros que uma usa para fins específicos e a outra é-lhe atribuída mais uma competência para além das que já lhe cabem num leque tão grande de respostas que tem assegurar, atentas as cartas de compromisso que os seus dirigentes assumem perante o MS e que comprometem a atribuição de meios quer humanos quer físicos para um fim específico, deitando por terra qualquer orientação e ou determinação de um serviço ao qual não tem qualquer subordinação hierárquica. Por muito boas intenções que possa ter a escassez de recursos é utilizada naquelas respostas cujos compromissos foram assumidos pelo MS e que este definiu como prioritárias. Ora, repartindo as responsabilidades por duas organizações, cada uma com as suas especificidades próprias, a primeira tenderá a exigir à outra um ideal que sabe de antemão que a outra terá grande dificuldade em obter. Um excelente trabalho conceptual da primeira não acarreta uma execução pela outra do mesmo nível. Coisa diferente será delinear uma estratégia condicionada por um orçamento limitado em que a execução terá que ser maximizada em função daquele e a responsabilização dos resultados atribuídos a quem os delineou e os colocou em prática.

Para tanto bastará ter em consideração o n.º 3 da Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 79/2014, de 29 de dezembro, que aprovou os Planos Nacionais para a

Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016 e 2013-2020 em que determina que *“a assunção de compromissos para a execução das medidas dos Planos referidos nos números anteriores depende da existência de fundos disponíveis por parte das entidades públicas competentes...”*.

As ARS *“exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos ... dispõem de serviços desconcentrados designados por agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES), nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de Maio.”* E os ACES são *“serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.”* Assim, as ARS não dispunham, nos seus serviços centrais, de qualquer unidade orgânica com atribuições de prestação de cuidados de saúde, sendo as atribuições da DICAD algo atípicas na estrutura orgânica das ARS, já que a prestação de cuidados de saúde compete aos ACES.

3.3. Enquadramento futuro das estruturas de apoio

Embora a prestação deste tipo de cuidados de saúde se encontre definido como ficou descrito anteriormente, o seu processo de estruturação não se encontra, ainda, estabilizado, verificando-se que o Despacho n.º 3250/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 41, de 27 de fevereiro de 2014, nomeia um Grupo de Trabalho (GT) sendo uma das suas competências *“estudar a forma de proceder e propor um calendário para a integração dos Centros de Respostas Integrados (CRI) na estrutura dos ACES e das Unidades de Alcoologia e das Unidades de Desabituação em instituições hospitalares;”*

O GT conclui os trabalhos em março de 2015 sendo, posteriormente, publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) através do *“Relatório do Grupo de Trabalho para Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental”* (Ivo et al. 2015).

Não se conhecendo ainda o desenrolar da decisão que virá a ser tomada com base nos trabalhos do referido GT, a organização da prestação destes cuidados de saúde fica, com base nesta determinação, ao nível dos cuidados de saúde primários e ao nível hospitalar,

quer seja de forma articulada com a resposta a ser dada pelos ACES e Hospitais, ou de forma integrada nas ULS.

Parece claro que a opção governamental aponta para a uniformização das estruturas que prestam cuidados de saúde, cuidados de saúde primários, cuidados secundários e cuidados continuados, sendo as primeiras correspondentes aos ACES, as segundas aos Hospitais ou Centros Hospitalares e a terceira aos Cuidados Continuados a que corresponde a RNCCI, articulados entre si ou integrados no modelo de ULS.

Contudo, e embora pareça que a decisão objeto do despacho careça apenas da sua implementação e esteja alicerçada num qualquer estudo ou conhecimento científico que assim o justifique, o relatório produzido pelo GT não o mostra inequivocamente.

Centremo-nos no que aos CAD diz respeito, e começamos logo pelo título do ponto seis do referido relatório “*Integração das Unidades de Intervenção Local nos Comportamentos Aditivos*”. Depreendemos do Despacho n.º 2976/2014, de 21 de fevereiro, que as unidades de intervenção local são os CRI, as UA, as UD e as CT, cujas atribuições são a prestação de cuidados de saúde na área dos CAD. Pelo título somos levados a pensar que as unidades de intervenção local vão ser integradas numa estrutura que responde aos CAD, quando assim não é, elas próprias prestam aqueles cuidados. Seria isso sim, a integração daquelas unidades nas estruturas dos cuidados de saúde primários e secundários conforme determina o Despacho n.º 3250/2014.

Um segundo ponto prende-se com o facto de o GT contrariar o próprio despacho de constituição, a própria decisão do Ministério da Saúde. Senão vejamos, o MS determina um modo de atuação do qual o GT, por ele criado para o fazer, discorda. Embora o GT possa concordar com a integração nos hospitais gerais das UA e UD, não é claro se “*em estabelecimentos hospitalares especializados de psiquiatria*” ou em hospitais gerais, sendo que os de psiquiatria estão em fase de reestruturação como decorre do já referido despacho. Deste modo, não se percebe a integração na psiquiatria como não se percebe que os internamentos “*deverão funcionar em estabelecimentos hospitalares em que estejam garantidos todos os requisitos de eficiência e de segurança do doente*” leia-se hospital geral. Desta forma, não se percebe, igualmente, como podem querer integrar este tipo de cuidados na psiquiatria e depois colocá-los num hospital geral, assumindo que num caso ou noutro, psiquiatria ou hospitais gerais constituem “*unidades especializadas, tecnicamente autónomas.*” Mas, se as unidades tecnicamente autónomas que propõem já existem, não se percebe que tenham que criar outras com a mesma especialização, ou, como referem a “*conjugação do binómio proximidade/especialização*”

... poderá passar pela existência, em cada região, de mais do que uma daquelas unidades.”

Acresce a tudo isto o facto de o GT não vislumbrar “*maior eficácia financeira*” conforme refere na análise SWOT. Contrariamente, a diária de internamento nos hospitais gerais passa a ser mais onerosa, conforme se pode verificar pela Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto.

Se relativamente às UA e UD o GT ainda consegue, com algum custo, ir de encontro às determinações do MS, no que se refere aos CRI é claramente contra e “*não recomenda essa integração, tornando-a inoportuna*”, alegando, além do mais, a “*possibilidade de desintegração da resposta assistencial*”, a que acresce, como justificação para a não integração daquelas unidades nos ACES, um “*significativo estigma social quanto aos doentes*” e a “*eventual resistência das unidades não especializadas no tratamento dos mesmos.*”

Os contributos que foram aduzidos por algumas personalidades e/ou instituições relevantes na matéria, durante a consulta pública, a que foi sujeita a proposta de relatório, que se encontram anexos ao relatório em apreço, são ainda mais críticos no que se refere às estruturas e tecem comentários técnicos que, embora importantes, não são relevantes para o presente estudo.

CAPÍTULO 4. ESTUDO EMPÍRICO: ENTREVISTAS, RESULTADOS E PROPOSTA DE MODELO

Da legislação publicada sobre esta matéria, atendendo ao Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 3250/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 41, de 27 de fevereiro de 2014, parece claro que o caminho a percorrer vai no sentido de separar a atual resposta em duas, (i) a prevenção, redução de riscos, minimização de danos e reinserção, a que correspondem atualmente os CRI e as CT, para os ACES, correspondente aos cuidados de saúde primários e (ii) o internamento e o ambulatório, a que correspondem atualmente as UA e UD, para as estruturas hospitalares correspondentes aos cuidados de saúde secundários ou especializados.

Desta forma importa perceber qual a perspetiva de alguns técnicos, utentes ou ex-utentes que, no terreno, estão ligados à prestação deste tipo de cuidados. Para atingir esse fim foram efetuadas entrevistas semiestruturadas cujo guião consta do anexo 1 e que aborda o SNS na sua estruturação geral e posteriormente, de um modo mais específico, a área dos comportamentos aditivos.

4.1. Objetivos das entrevistas

O principal objetivo das entrevistas é o de tentar perceber se as estruturas do Ministério da Saúde, tal como se encontram implantadas, respondem às necessidades e às expectativas quer dos técnicos, quer dos utentes que a estas recorrem para serem tratados.

Numa primeira fase pretende-se obter a perspetiva do entrevistado acerca do SNS e do modo como este dá resposta aos cuidados de saúde que os cidadãos necessitam, cuidados primários, cuidados secundários e cuidados continuados, passando pela dicotomia de cuidados de saúde prestados em estruturas de forma articulada e cuidados de saúde prestados em estruturas de forma integrada.

Seguidamente, pretende-se obter a opinião dos entrevistados sobre a resposta que é dada aos Comportamentos Aditivos e Dependências, considerando a estrutura nacional do IDT, I.P., a passagem das respostas para as ARS e a definição de políticas na Direção-Geral SICAD. Finalmente solicita-se, aos entrevistados, a sua perspetiva pessoal de como, em todo este contexto, e não descurando a vertente dos recursos disponíveis, deverá ser abordada a estruturação dos serviços cuja missão é a de dar resposta aos CAD.

4.2. Descrição do guião da entrevista

A entrevista está estruturada partindo do SNS como um todo para a particularidade dos CAD.

Assim, na primeira questão – Concorda com a atual organização do SNS? Porquê? Se não, como o organizaria? – pretendemos saber qual o conceito que o entrevistado tem do SNS e se concorda com a sua organização ou se tem alguma alternativa conceptual.

A segunda questão – Os cuidados de saúde atualmente dividem-se em três grandes áreas, cuidados de saúde primários, secundários e continuados. Concorda com esta divisão ou propõe outra? Qual? – tem como objetivo perceber se o entrevistado concorda com a prestação de cuidados de saúde organizados nos três níveis de intervenção referidos, ou se, com a sua experiência, tem outra proposta.

Ao nível dos cuidados primários temos os ACES territorialmente definidos de acordo com NUT 3, os cuidados secundários ou diferenciados onde se encontram os Hospitais e Centros Hospitalares e os cuidados continuados conforme estão definidos na RNCCI.

Seguidamente, colocámos à apreciação dos entrevistados as duas formas existentes de estruturação da prestação de cuidados de saúde - de forma articulada e de forma integrada - mostrando-lhes a figura 2, e questionando-os sobre qual destes modelos, na opinião deles, responde melhor às necessidades das populações e porquê. – Note-se que, neste momento, temos os dois modelos implantados na região centro, como se pode ver pela figura 5, dividida em 6 ACES e duas ULS.

Seguidamente, e descendo um pouco mais na especificidade das estruturas de resposta, a pergunta quatro – Na prestação de cuidados encontram-se os tratamentos dos comportamentos aditivos e das dependências, onde se incluem o álcool e as drogas ilícitas, até há bem pouco tempo prestados em estruturas separadas. É favorável ao modelo de integração de todas as vertentes dos comportamentos aditivos, concretamente a fusão dos serviços de alcoologia e da toxicodependência? – aborda uma realidade concreta de doença, os CAD, que em 2007 juntou todas as vertentes com a fusão das abordagens à toxicodependência e ao álcool, num só serviço, o IDT, I.P. Sendo aqui pedido ao entrevistado que se pronuncie sobre a concentração dos CAD numa só estrutura.

O IDT, I.P. foi extinto em 2011 e as suas funções foram atribuídas a dois serviços distintos. – Atualmente o planeamento e acompanhamento das intervenções nos

comportamentos aditivos e da toxicodependência estão cometidas ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências, encontrando-se a parte operacional nas Administrações Regionais de Saúde, I.P. Na sua opinião quais as vantagens e desvantagens que, na prática, tem este modelo. – Neste patamar o entrevistado é levado a pronunciar-se sobre o modelo de resposta atualmente em vigor, elencando, se possível, as vantagens e desvantagens do modelo.

Por fim, – Tendo em consideração a especificidades desta doença, a organização estrutural da prestação de cuidados de saúde e os recursos disponíveis, como concebia a organização funcional da resposta a esta problemática de saúde? Tem alguma alternativa em mente? – Enquadrando todos os raciocínios efetuados até este ponto, o entrevistado é desafiado a apresentar o modelo de resposta que considera adequado à realidade atual, seja este um aperfeiçoamento do que existe, o regresso ao modelo anterior, ou um outro completamente diferente, que entenda propor.

4.3. Análise dos resultados

A expectativa inicial era a de efetuar oito entrevistas a responsáveis a nível nacional e local mas, por razões de vária ordem, sobretudo indisponibilidade e dificuldade de agenda dos convidados, só foi possível realizar quatro entrevistas, e obter um contributo escrito.

Os quatro entrevistados são (i) o ex-diretor do CRAC-MLMM, (ii) o Presidente do Grupo de Alcoólicos Tratados do Distrito da Guarda, (iii) a atual Coordenadora da UAC e (iv) o atual Diretor do Departamento de Saúde Pública da ARSC, I.P. e anterior Presidente do mesmo Instituto Público. (v) O contributo escrito foi disponibilizado pela Médica Psiquiatra e Primeira Diretora do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra (CRAC).

Os resultados obtidos nas entrevistas na pergunta um foram unânimes, apenas com algumas ressalvas no que diz respeito à gratuitidade do SNS e dos recursos que lhe estão adstritos. Em termos gerais os entrevistados concordam com a existência do SNS e não propõem alternativas.

No que se refere à divisão dos cuidados prestados em primários, secundários e continuados, a que se refere a pergunta 2, não foi proposta outra divisão, sendo de salientar o facto de três dos entrevistados de instituições públicas terem referido que os Hospitais (cuidados secundários) são os grandes sorvedores de recursos financeiros.

Relativamente aos modelos apresentados parece unânime que os cuidados devem ser prestados de forma integrada, ou seja, no modelo de ULS. No entanto, os entrevistados afirmam que os cuidados prestados de forma articulada poderiam ser integrados se a relação entre os diferentes níveis fosse reforçada “impondo-se”, no limite, legislativamente, essa forte articulação.

Verifica-se que, no caso de não haver uma boa articulação entre os intervenientes nas ULS, o modelo não funciona, assim como pode funcionar bem se os ACES e Hospitais se articularem de uma forma próxima, complementar e centrada no utente, com uma resposta em qualquer dos níveis definida em função da patologia.

Quanto à fusão dos CRAC no IDT, I.P., embora em termos conceptuais os inquiridos possam concordar com ela, foram unânimes em afirmar que na prática não funcionou, não tendo sido aproveitado o conhecimento adquirido por ambas as partes e ficando a ideia de que foram fundidos os serviços mas não os saberes.

Com a extinção do IDT, I.P. e a divisão e atribuição das competências em duas estruturas, SICAD e ARS, é agravado o nível da resposta. Tarda a implementação da orientação governamental definindo a integração nos hospitais as estruturas de internamento e nos ACES os CRI, nos termos do Despacho n.º 3250/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 41, de 27 de fevereiro de 2014.

Os entrevistados são, mais uma vez, unânimes em afirmar que a solução atual não resulta e que não basta definir e impor uma solução, devendo esta passar sempre pelos seus executores, seus saberes e suas experiências, o que não foi acautelado no caso presente.

A solução “*não partiu das bases*” como referiu um dos entrevistados, tendo sido imposta, sendo que uma solução tem que passar sempre, no mínimo pela anuência de quem a vai por em prática, sob pena de não ser possível a sua implementação.

Desta forma, podemos apontar dois caminhos diferentes para o mesmo resultado: (i) voltar a uma estrutura autónoma independente dos modelos existentes, com uma abrangência nacional, e respondendo a todos os níveis dos CAD, por linhas de atuação separadas em função do tipo de adição, ou (ii) implementar uma estrutura regional tal como existia com o modelo dos CRAC, ficando a resposta ao nível regional, em estruturas próprias, e acompanhamento dos médicos de família, com os decisores num nível mais próximo.

Resultado das entrevistas, parece claro que, atendendo às características da doença, a toda a sua envolvente, social, familiar e laboral, não é fácil integrá-la nos modelos existentes, sem comprometer a resposta.

4.4. Modelo proposto

Tendo como base a pesquisa bibliográfica efetuada, os resultados obtidos nas entrevistas e o atual modelo organizativo, apresentamos, seguidamente, uma proposta de modelo para a estrutura regional de resposta aos CAD, que consideramos adequado às necessidades atuais da população.

Segundo o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2014, de 29 de dezembro, a resposta aos CAD passa pela prevenção, dissuasão, redução de riscos, minimização de danos, tratamento e reinserção.

A resposta ao CAD será prestada por uma entidade a nível nacional incumbida de definir e aprovar as políticas de intervenção e colocá-las em prática, responsabilizando-se por toda a cadeia de respostas.

A dissuasão está cometida às Comissões da Dissuasão da Toxicodependência (CDT) nos termos dos Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro.

As restantes áreas de intervenção ficam diretamente dependentes de uma estrutura nacional, com autonomia técnica, administrativa e património próprio que poderá ser concretizada na figura jurídica de um instituto público.

Esta entidade possuirá uma direção nacional e serviços regionais. Os serviços regionais serão responsáveis por colocar no terreno as linhas de orientação e execução das políticas definidas a nível nacional, e disporão de unidades regionais de tratamento e unidades intermunicipais para as restantes áreas.

O tratamento será efetuado nas unidades regionais de alcoologia, desabituação e comunidades terapêuticas.

A reinserção, prevenção, redução de riscos e minimização de danos serão efetuadas por unidades intermunicipais, de acordo com a organização geográfica dos municípios que se encontra definida pela Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, relativo às Áreas Metropolitanas e às Comunidades Intermunicipais.

A área geográfica de abrangência da coordenação regional de intervenção nos CAD, coincidente com as Entidades Intermunicipais permite alinhar estes serviços para darem resposta às atribuições definidas pelo Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro, no domínio das competências delegáveis naquelas entidades relativamente à saúde, definidas no seu artigo 9.º, e das quais destacamos:

- *“Definição da Estratégia Municipal e Intermunicipal de Saúde, devidamente enquadrada no Plano Nacional de Saúde;”*
- *“Gestão dos espaços e definição dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial, incluindo o alargamento dos horários de funcionamento das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), no cumprimento das obrigações e limites legalmente estabelecidos;”*
- *“Execução de intervenções de apoio domiciliário, de apoio social a dependentes, e de iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde, no âmbito do Plano Nacional de Saúde;”*
- *“Gestão dos transportes de utentes e de serviços ao domicílio;”*
- *“...o recrutamento, a alocação, a gestão, a formação e a avaliação do desempenho dos técnicos superiores, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais;”*
- *“Gestão das infraestruturas dos ACES, designadamente construção, manutenção de edifícios e equipamentos, arranjos exteriores, jardinagem e serviços de limpeza, segurança e vigilância;”*
- *“Gestão dos bens móveis entre as unidades funcionais dos ACES.”*

A organização das unidades intermunicipais dos CAD, tendo por base a referida organização geográfica permite uma interligação muito mais próxima das populações e das suas realidades organizacionais, correspondendo às suas necessidades, interagindo e adequando o seu funcionamento aos recursos disponibilizados pelas Comunidades Intermunicipais, potenciando-os e gerando maiores ganhos para as populações.

O modelo proposto é, assim, constituído por uma estrutura autónoma, de âmbito nacional, com autonomia técnica e administrativa e orçamento próprio, coordenadas ao nível regional por estruturas de intervenção regional e intermunicipal, tal como está esquematizado na Figura 8.

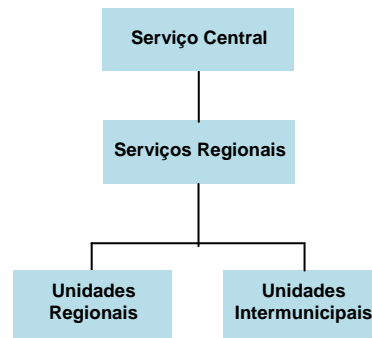


Figura 8 – Organograma de resposta aos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Fonte: Autor.

Ao nível da região centro o modelo proposto é constituído por um serviço regional que coordena toda a atividade produzida pelas unidades regionais, unidade de alcoologia, unidade de desabituação e comunidade terapêutica e seis unidades intermunicipais correspondentes às comunidades intermunicipais de Aveiro, Coimbra, Leiria, Viseu Dão Lafões, Beiras e Serra da Estrela e da Beira Baixa.

A figura 9 permite visualizar o modelo regional de resposta a esta problemática.

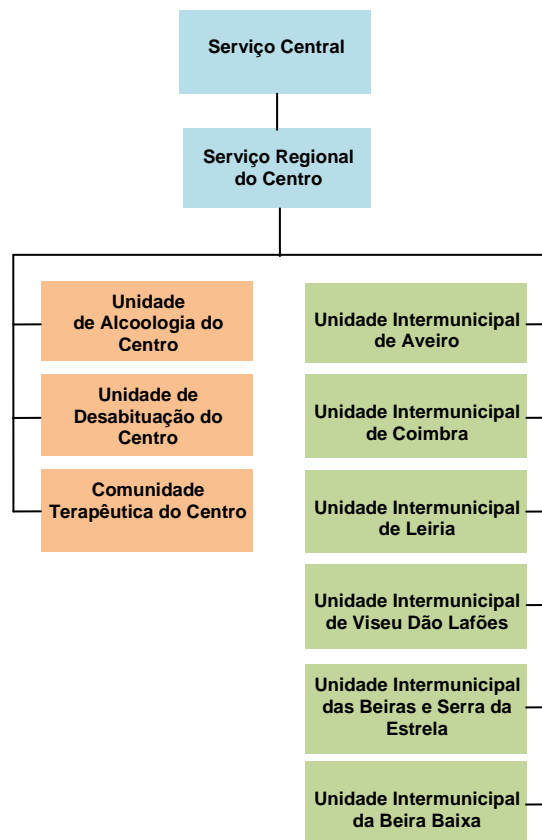


Figura 9 – Organograma do modelo proposto.

Fonte: Autor.

O modelo assim definido estará alinhado com o desenvolvimento futuro em termos de organização administrativa do território nacional, assente nas áreas geográficas dos municípios e das comunidades intermunicipais que vão gerir todas as estruturas de respostas do Estado, adaptando-as, pela sua proximidade, às necessidades das populações de uma forma racional e integrada, colocando o cidadão no centro da sua atuação e disponibilizando-lhe os recursos nos domínios da educação, saúde, segurança social e cultura, sendo a definição de intervenção, orientação e formação técnica da responsabilidade de cada um dos respetivos ministérios.

A existência e a contextualização das estruturas já existentes permitem que o modelo proposto não origine aumento de encargos, admitindo-se, mesmo, a sua redução por força da adoção de contratos interadministrativos previstos no Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro.

As estruturas de intervenção propostas desempenharão as suas atribuições de acordo com a programação definida superiormente, sendo o Despacho n.º 2976 uma boa base de trabalho, observando-se as três vertentes, nacional, regional e local, que o modelo estruturalmente prevê, e as especificações de cada intervenção, atentos os tipos de adições, e os bons resultados obtidos até aqui, fruto de metodologias que levaram anos a elaborar, implementar e consolidar.

Como refere um dos entrevistados, no seu documento escrito (Anexo 6), relativamente à problemática do álcool, mas que se aplica às restantes adições, mostra-nos como é difícil *“A criação, reconhecimento e desenvolvimento de um conceito, identidade e autonomia na abordagem...”* Para que tal aconteça são necessários anos de trabalho e de investigação que não podem, nem devem, ser desperdiçados, sob pena de os recursos materiais e humanos despendidos originarem um elevado custo para o Estado que, simultaneamente, colocaria de lado conhecimento e modos de atuação que têm revelado excelentes resultados, reconhecidos nacional e internacionalmente.

4.5. Síntese

Da análise efetuada somos levados a supor que a solução mais apropriada para o problema em causa passará pela integração de cuidados, sendo este o caminho que, em termos de estruturas, se enquadra na definição de ULS. Contudo, o facto de aquele modelo não estar consolidado e não possuir a necessária cobertura nacional que

possibilite uniformizar um modelo de intervenção nos CAD, não permite uma solução adequada para a resposta que se pretende.

Assim, o modelo de ULS parece ser aquele que responde melhor à definição de cuidados integrados e que se aproxima do modelo de estruturação das repostas a dar aos cuidados de saúde, sendo, claramente, o modelo que em termos legislativos é seguido. Para o confirmar basta atender ao número de ULS criadas nos últimos anos (existindo oito no país), tornando-se necessária a sua implementação em todo o território para que a resposta possa ser idêntica, o que ainda não acontece.

Com dois modelos implementados no território nacional, o articulado e o integrado, fica inviabilizado um modelo de intervenção nos CAD que se possa “encaixar” simultaneamente nos dois, pelo facto de não ser possível uma resposta uniforme, devidamente estruturada, responsabilizada e passível de escrutínio.

Na perspetiva dos entrevistados, o modelo passará por uma estrutura autónoma à margem dos dois modelos existentes, com uma divisão geográfica ao nível das regiões correspondentes ao das ARS, sendo estas dirigidas por um Serviço Central, com responsabilidades de coordenação e de execução, com linhas de atuação diferenciadas para cada tipo de adição, e mantendo os modelos técnicos de respostas existentes.

CAPÍTULO 5. CONCLUSÕES

Parece evidente que a experiência portuguesa e o *know-how* adquirido nos últimos anos não deve ser descurado. A problemática dos CAD deve versar os dois polos distintos e simultaneamente complementares que são o tratamento e a prevenção.

O facto de o âmbito de intervenção ter sido alargado a outras dependências estende o campo de ação bem como a população alvo das intervenções. A informação está mais disseminada e circula em maior quantidade e qualidade o que permite que a procura de soluções seja mais abrangente. Deste modo, entende-se que o problema das adições tem características específicas e poderá ser abordado/tratado no âmbito de problemáticas associadas.

É importante entender que os problemas da administração pública são sempre multidimensionais e, por isso, mais do que o domínio deste ou daquele saber específico, exigem, para serem compreendidos, a complementaridade das ações, a integração e articulação das respostas. Isto será realizado através das respostas efetuadas pelas estruturas regionais, complementares com um trabalho em rede com os cuidados de saúde primários e restantes entidades existentes no terreno como sejam os grupos de interajuda e as ONG.

Dada a sua natureza crónica, esta doença não tem cura, pelo que os doentes deverão ter um acompanhamento especializado ao longo de toda a sua vida, sendo o apoio pós tratamento, nomeadamente, ao nível familiar, social e médico, fundamental para que se possam manter abstinentes e ter uma boa qualidade de vida individual, familiar e social.

O modelo proposto adequa as necessidades de intervenção nos CAD respondendo, desta forma, à questão de investigação – “Qual o modelo adequado de estrutura organizacional para uma entidade regional responsável pela intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (CAD) em Portugal?”.

O tema das estruturas de resposta do Estado às necessidades das populações na área da saúde aqui abordado e nomeadamente o das estruturas de resposta aos CAD carecerá de mais estudos que, pela escassez de tempo, não foi possível aprofundar, mas o caminho aberto permitirá o desenvolvimento e aprofundamento do tema, não faltando conteúdos específicos para o abordar e desenvolver, desde a ligação às estruturas dos cuidados de saúde primários, fruto da introdução das Unidades de Saúde Familiar, às estruturas de prevenção rodoviária e policial, aos meios laboral, escolar e familiar, aos

grupos de interajuda e às ONG, passando pelas Autarquias Locais e o seu papel no ordenamento do território.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, C. (2001). Uma História de Ópio. *Revista Toxicodependências*, 7(2).
- Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC, I.P.). Acedido em 6 de maio de 2015, em <http://www.arscentro.min-saude.pt>
- American Society of Addiction Medicine. (2011). Definition of Addiction. Obtido em 17 de outubro de 2014, de <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>
- Arnaut, A. (2009). Serviço Nacional de Saúde SNS 30 anos de resistência. Coimbra Editora.
- Bertrand, M.-A. (2006). O sonho de uma sociedade sem riscos. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 7-19.
- Carapinha, L. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Campos, C. (2015). Saúde & Preconceito. Lisboa: Livros Horizonte.
- Dias, L. N. (2007). *As drogas em Portugal: o fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004* (1.ª ed.). Coimbra: Pé de Página Editores.
- Mello, M. L. M., Barrias, J., Breda, J. (2001). Álcool e os Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Mendes, F. (2005). *Drogas: E porque havemos de nos preocupar com os nossos filhos ...* (1.ª ed.). Coimbra: CEIFAC - Centro de Integrado de Apoio Familiar de Coimbra.
- Ivo, R. S., Leuschner, A., Goulão, J., Robalo, J., Reis, J. M., Ribeiro, L. C., Tereso, J., Almeida, A., Carvalho, A. A., (2015). Relatório do Grupo de Trabalho para Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista Toxicodependências*(1), 3-12.
- Toxicodependência, O. E. d. D. e. d. (2012a). Espanha. Acedido em 7 de novembro de 2012, em <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Spain>
- Toxicodependência, O. E. d. D. e. d. (2012b). França. Acedido em 7 de novembro de 2012, em <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/France>

- Toxicodependência, O. E. d. D. e. d. (2012c). Holanda. Acedido em 7 de novembro de 2012, em <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Netherlands>
- Toxicodependência, O. E. d. D. e. d. (2012d). Reino Unido. Acedido em 7 novembro de 2012, em <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/united-kingdom>
- Toxicodependência, O. E. d. D. e. d. (2012e). Relatório Anual 2012 - A EVOLUÇÃO DO FENÓMENO DA DROGA NA EUROPA. Obtido em 17 de outubro de 2014, em http://www.sicad.pt/BK/Lists/SICAD_NOVIDADES/Attachments/3/plano_estrategico_2013-2015.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Acedido em 6 de maio de 2015, em <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Sousa, Â. d., Pinto, A., Sampaio, D., Nunes, E., Baptista, M. I. M., & Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar* (1.^a ed.). Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC); Direcção-Geral da Saúde (DGS); Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963. Lei de Bases da Saúde Mental que prevê a criação de estabelecimentos de tratamento e recuperação de alcoólicos e outros toxicómanos.

Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963. Promulga as bases da política de saúde e assistência.

Portaria n.º 192/71, de 14 de abril. Criação no Hospital Sobral Cid do Centro de Recuperação de Alcoólicos.

Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de dezembro. Criação do Centro de Estudos da Juventude.

Decreto-Lei n.º 792/76, de 5 de novembro. Criação do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD).

Despacho Normativo n.º 176/77, de 30 de agosto. Constituição da Comissão de Combate ao Alcoolismo.

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Criação do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 365/82, de 8 de setembro. Reestruturação do Gabinete de Coordenação do Combate à Droga, que passa a designar-se Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD).

Decreto Regulamentar n.º 41/88, de 21 de novembro. Criação dos Centros Regionais de Alcoologia do Porto, Coimbra e Lisboa (CRA).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de abril. Projeto Vida – Programa Nacional de Combate à Droga.

Decreto do Governo n.º 20-A/87 de 12 de junho. Criação do Centro das Taipas. Primeira unidade do Ministério da Saúde exclusivamente vocacionada para o tratamento de toxicodependentes.

Portaria n.º 74/89, de 2 de fevereiro. Criação do Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT) de Cedofeita, no Porto, e o do Serviço de Prevenção e Atendimento a Toxicodependentes (SPAT) do Algarve.

Decreto-Lei n.º 83/90, de 14 de março. Criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT).

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Aprova a Lei de Bases da Saúde.

Decreto-Lei n.º 11/93, 15 de janeiro. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de fevereiro. Criação do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro. Aprova a descriminalização do consumo de drogas e cria as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT).

Decreto-Lei n.º 318/2000, de 14 de Dezembro. Reestrutura os centros regionais de alcoologia e cria unidades funcionais de intervenção em alcoologia no âmbito dos serviços locais de saúde mental.

Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro. Criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), resultante da fusão do SPTT e do IPDT.

Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro. Extinção por fusão dos Centros Regionais de Alcoologia com as atribuições integradas no IDT, I.P.

Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, IP). Integração do Álcool.

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 28 de dezembro. Criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Cometendo-se às Administrações Regionais de Saúde, I. P., a componente de operacionalização das políticas de saúde.

Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro. Aprova a orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro. Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARSC, I.P.).

Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro. Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico.

Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2976/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 37, de 21 de fevereiro de 2014. Define as unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção dos comportamentos aditivos e das dependências no âmbito da DICAD da ARSC, I.P.

Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 3250/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 41, de 27 de fevereiro de 2014. Constituição de um Grupo de Trabalho com o objetivo de avaliar a situação da prestação de cuidados de saúde mental. Incluindo estudar a forma de proceder e propor um calendário para a integração dos Centros de Respostas Integradas (CRI) na estrutura dos ACES e das Unidades de Alcoologia e das Unidades de Desabituação em instituições hospitalares.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2014, de 29 de dezembro. Aprova os Planos Nacionais para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016 e 2013-2020.

Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro. Estabelece o regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais.

ANEXOS

Anexo 1. – Guião da entrevista

Guião da Entrevista

Pergunta 1

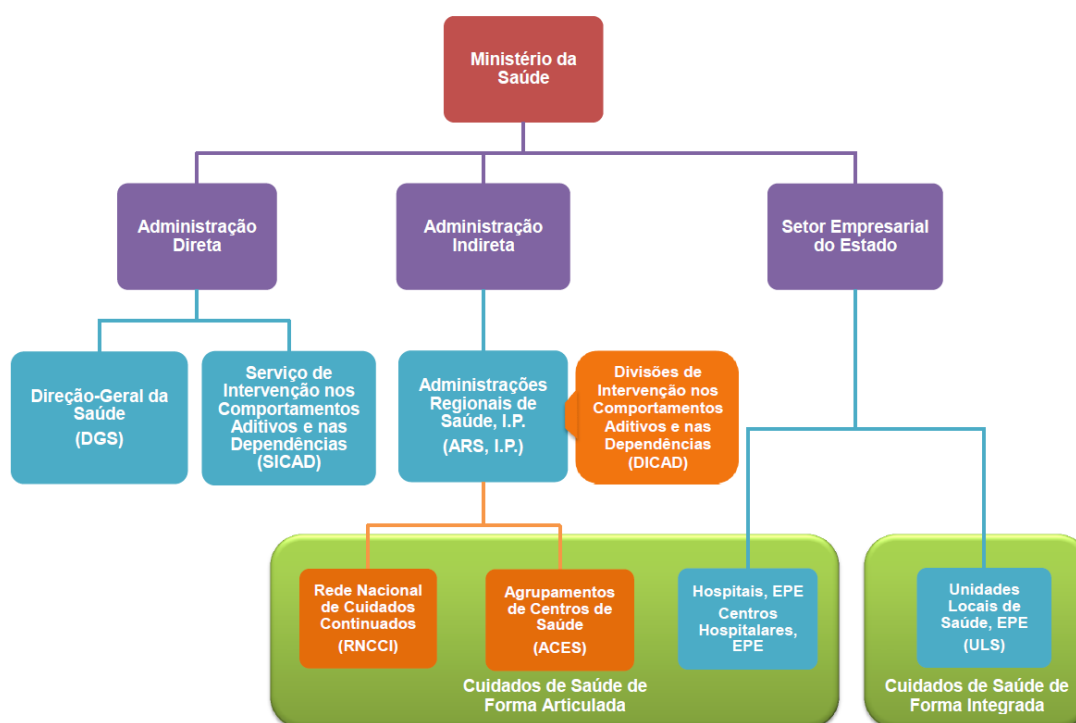
Concorda com a atual organização do SNS ? Porquê? Senão como o organizaria?

Pergunta 2

Os cuidados de saúde atualmente dividem-se em três grandes áreas, cuidados de saúde primários, secundários e continuados. Concorda com esta divisão ou propõe outra? Qual?

Pergunta 3

Na figura abaixo apresentam-se os esquemas relativos a dois modelos alternativos de prestação de cuidados de saúde.



Na sua opinião qual deles responde melhor às necessidades das populações? Porquê?

Concentre-se, agora, no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências.

Pergunta 4

Na prestação de cuidados encontram-se os tratamentos dos comportamentos aditivos e das dependências, onde se incluem o álcool e as drogas ilícitas, até há bem pouco tempo prestados em estruturas separadas. É favorável ao modelo de integração de todas as vertentes dos comportamentos aditivos, concretamente a fusão dos serviços de alcoologia e da toxicodependência?

Pergunta 5

Atualmente o planeamento e acompanhamento das intervenções nos comportamentos aditivos e da toxicodependência estão cometidas ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD), encontrando-se a parte operacional nas Administrações Regionais de Saúde, I.P. Na sua opinião quais as vantagens e desvantagens que, na prática, tem este modelo.

Pergunta 6

Tendo em consideração a especificidades desta doença, a organização estrutural da prestação de cuidados de saúde e os recursos disponíveis, como concebia a organização funcional da resposta a esta problemática de saúde? Tem alguma alternativa em mente?

Anexo 2.

Transcrição da entrevista efetuada a um médico de medicina geral e familiar e Ex-Diretor do Centro Regional de Alcoologia do Centro – Maria Lucília Mercês de Mello.

Pergunta 1.

Concorda com a atual organização do SNS? Porquê? Senão como o organizaria?

A pergunta é difícil, de uma forma genérica eu diria que sim, embora o atual SNS deixa muitas dúvidas, digamos assim, qual é o modelo? Porque parece que tem vários modelos dentro do SNS e portanto quando nós dizemos que concordamos enfim, qual é que é o modelo a que estamos a referir. De qualquer forma eu aqui apenas valorizava, também noutras áreas, em que esse aspeto de alguma forma pode ser referenciado, mas uma particular atenção para os cuidados de saúde primários. Acho que continuam a ser muito desvalorizados, apesar daquilo que se fala dos cuidados de saúde primários e a importância deles, toda a gente lhe atribui importância, mas a relação depois, compromisso, nomeadamente, económico-financeiro com estes serviços não correspondem à importância deles e portanto há aqui qualquer coisa que não está a jogar muito bem. Acho que o SNS é importante, a boa ligação e articulação entre as várias estruturas, cuidados secundários cuidados primários e continuados mas, naturalmente, que deveria haver um reforço claro ao nível dos cuidados de saúde primários, senão a saúde vai ter custos sempre muito acrescidos.

Pergunta 2.

Passando à segunda pergunta. Os cuidados de saúde atualmente dividem-se em três grandes áreas, cuidados de saúde primários, secundários e continuados. Concorda com esta divisão em termos e estruturação, podendo voltar um pouquinho atrás ao próprio SNS, ou propõe outra?

Não, concordo, embora, e isto depois prende-se até com as questões seguintes, com a necessidade de ter algumas respostas específicas. Quando nós temos os IPO, são hospitais, mas são uma resposta específica para o cancro, também temos a mesma resposta, ou uma resposta muito semelhante, em todos os hospitais centrais e até distritais, também tratam doenças do foro oncológico, mas temos serviços mais

especializados de maior capacidade de investigação de intervenção e de alguma orientação. A nossa área sai muito também das doenças habituais e portanto a nossa patologia deveria ser considerada mais especial...

Pergunta 3.

Então e passando à pergunta três, temos um esquema relativo a dois modelos alternativos de prestação de cuidados, se os entendermos assim, teríamos os cuidados de saúde primários, secundários e os continuados, fazendo aqui referência aos ACES aos cuidados continuados e à rede, aos hospitais e aos hospitais EPE ou os centros hospitalares. Estes três funcionam em modos autónomos, cada um tem a sua especificidade própria e é criado com autonomia técnica, administrativa e financeira, e depois temos as ULS que têm no âmbito da região o papel em toda a área, ou seja, cobrem toda a área em qualquer uma daquelas prestações de cuidados, quer sejam primários, secundários ou continuados. Na sua opinião qual deles é que responde melhor às necessidades da população e porquê? Se tem uma ideia, ou integrados na forma de ULS...

ULS, claramente, em termos teóricos iria para as ULS, em termos teóricos, ou seja, seria a melhor resposta porque seria uma resposta integrada, seria uma resposta de acordo com as necessidades do utente e do doente e portanto faz muito sentido essa possibilidade de resposta. Mas temos que ver o lado prático, ou seja, uma boa relação entre cuidados de saúde primários e cuidados secundários, estaremos a falar de qualquer coisa como uma ULS, na prática diferente, porque cada um teria e manteria a sua autonomia. O risco que temos, e que eu ainda não vi mudar no nosso país, e que se prende com a primeira questão, na prática, é com que reforço a sério, apesar da importância que é dada aos cuidados de saúde primários, ainda não vi um reforço sério à intervenção quer dos cuidados de saúde primários quer à prevenção das problemáticas da saúde e da educação para a saúde, ainda não vi no nosso país, não vi, em termos, precisamente, de suporte e apoio económico e penso daquilo que vou conhecendo, e ao nível das ULS, o centro continua a ser o hospital e o grande consumidor de recursos nomeadamente materiais, continua a ser o hospital e esta relação de poder parece-me perigosa. Acho que ainda não se encontrou e ainda não tive, provavelmente por falta de também experiências nacionais, ainda não tivemos oportunidade de ver uma experiência que permitisse efetivamente a tal boa ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados secundários. Acho que em termos de filosofia e em termos de teoria eu sou

defensor ou concordaria com os cuidados, com as ULS, mas acho que neste momento ainda não estamos em condições, dado que eu pessoalmente continuo a considerar que há que reforçar as intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, portanto, e sem esse reforço a nossa saúde continua a ser uma saúde extremamente cara e muito limitada em termos de intervenção, vai ser muito hospitalarocêntrica e tudo vai parar ao hospital, basta ver o que acontece ao nível das urgências, não é? Continuamos a não ter urgência mais descentralizada e capacidade de resposta para situações que não são efetivamente urgentes nem graves, portanto, há que mudar tudo isso e este pressuposto eu ainda não vi também resolvido ao nível da ULS.

Mantém... a filosofia é a mesma com contextos diferentes também em termos de ULS, não vê que estejam resolvidas estas situações...

Acho que o problema está mais centrado ao nível das pessoas infelizmente do que ao nível do modelo, acho que temos que ultrapassar, ter a capacidade de ultrapassar isso...

Pergunta 4.

Concentre-se, agora, no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências. Na prestação de cuidados encontram-se os tratamentos dos comportamentos aditivos e das dependências, onde se incluem o álcool e as drogas ilícitas, até há bem pouco tempo prestados em estruturas separadas. É favorável ao modelo de integração de todas as vertentes dos comportamentos aditivos, concretamente a fusão dos serviços de alcoologia e da toxicodependência, ou seja, descendo agora a nível mais micro, numa atividade própria, como é que, seguindo as perguntas anteriores, como é que isto ficou ou como é que isto está?

Ora bem, também alguma dificuldade na resposta desta sua questão. Dificuldade por isto, a teoria é uma e a prática é outra, ou seja, eu não posso ser, nem estar de acordo com a fusão quando a fusão resultou praticamente no desaparecimento da intervenção alcoológica e dos problemas do álcool, portanto, é inaceitável que quando se dá a fusão a expectativa seria de crescimento de intervenção numa patologia que tem uma prevalência muito superior às substâncias ilícitas, portanto, se há um conjunto reduzido de serviços para uma patologia que tem uma dimensão enorme e há uma quantidade razoável de serviços para resposta para uma patologia que, ainda por cima, está em redução, pois tem dimensões completamente diferentes, então não se entende que com

esta fusão sejam, ainda por cima, os serviços que estão ligados à patologia de maior prevalência que estejam em situação de desaparecimento. Isto acontece no norte acontece no sul, são aspetos práticos e concretos e mesmo em relação aqui à zona centro as coisas estão também com grandes limitações. Portanto a fusão podia ser teoricamente positiva com reforço da capacidade de intervenção de forma também integrada, não, verificamos que, um bocadinho como os cuidados de saúde primários e secundários, ou seja, uns têm uma prepotência face aos outros e decidem o tipo de intervenção dos outros, ora isto não é adequado às necessidades da resposta dos nossos utentes, doentes. Não é, digamos assim, uma questão pessoal de eu vir de uma área especificamente ligada ao álcool, é efetivamente a constatação de uma redução enorme da capacidade de resposta destes mesmos serviços sem aumento da capacidade de resposta da estrutura onde fomos integrados, ponto um. Ponto dois, a problemática do álcool no nosso país continua a aumentar, aumentam, continua a haver, e é recente, a sinistralidade ligada ao álcool é um dos fatores fundamentais, violência ligada ao álcool, mortalidade por cirrose hepática e problemas hepáticos, é a sociedade portuguesa de hepatologia que cada vez mais tem vindo a pressionar e a referenciar a importância naturalmente do álcool em todas estas patologias, e, portanto, há aqui qualquer coisa que não está correta, eu diria que não foi do modelo de integração, a forma como foi feita a integração do meu ponto de vista foi errada, podendo, noutros contextos, aceitar efetivamente essa fusão.

Em termos de estruturas não vê problema em que fosse feita daquela maneira.

Desde que houvesse a manutenção duma linha específica em relação à questão do álcool que é diferente das drogas ilícitas. O álcool é uma substância culturalmente aceite, socialmente aceite, faz parte efetivamente do nosso património, faz parte da nossa produção e comercialização e riqueza até e, portanto, tem que ser analisado num contexto diferente, ao contrário das drogas ou substâncias ilícitas em que há um combate, em que há um policiamento que há uma repressão, e que há uma intervenção que em nada tem a ver com a parte do álcool, portanto, isto não foi ponderado, não foi acautelado no processo de fusão. Portanto, eu hoje seria claramente, em relação a esta situação, pela manutenção, naturalmente, da linha do álcool.

Em linhas separadas –

Claro, separadas...

Com linhas completamente separadas ainda em estrutura separadas.

Pergunta 5.

Assim, passamos à pergunta número cinco. Atualmente o planeamento e acompanhamento das intervenções nos comportamentos aditivos e da toxicodependência estão cometidas ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD), encontrando-se a parte operacional nas Administrações Regionais de Saúde, I.P. Na sua opinião quais as vantagens e desvantagens que, na prática, este modelo tem, embora já tenha referido algumas anteriormente mas... ou seja, havia uma ligação de estrutura do cimo da pirâmide, da parte da direção, até à parte do terreno, digamos que aqui foi partido em duas, foi uma parte tipo direção-geral da saúde, direção que é mesmo direção-geral, mas só para área das dependências e a parte operacional nas ARS...

Esta pergunta cinco não pode ser separada da questão colocada na quatro, isto porquê, porque provavelmente se o modelo tivesse resultado, então eu diria que aqui também teria grandes probabilidades de resultar, ou seja, não tendo havido um ganho ou uma intervenção mais eficaz e até mais arrojada na área do álcool não foi com esta separação que esta estrutura, pelo facto de ser local, tem maior capacidade de intervenção, não, porque infelizmente se manteve precisamente o mesmo critério ao nível regional naquilo de existe ao nível nacional. Ou seja, o atual DICAD, que na prática tem essa função, continua a ser apenas uma estrutura para as toxicodependências ilícitas, portanto, não tem na sua génese a preocupação mais acentuada da vertente, da problemática, do álcool, embora possa, pudesse aceitar, que esta integração pudesse resultar numa melhor colaboração com os cuidados de saúde primários ao nível da intervenção da toxicodependência e da problemática do álcool, que sempre defendi e defendo e acho importante, mas da forma como foi concebido, e lá estamos nós novamente na questão da estrutura, as pessoas que mantêm esta estrutura têm uma formatação que, na prática, não é diferente da estrutura do ex-IDT. Mantiveram e incluíram-na na ARS e, portanto, continua uma estrutura fechada, com pouca capacidade de interação com as estruturas locais, nomeadamente com os centros de saúde com as USF, etc. no terreno. E, portanto, sem a dinamização que eu penso que falta e que se está a perder pelo facto de não haver formação mais diferenciada também ao nível dos cuidados de saúde primários nestas temáticas.

Embora a estrutura pudesse funcionar faltou aqui...

A diferenciação da linha, ou seja, ou havia outra linha, ou dentro do DICAD poderia haver aqui uma área específica de intervenção ao nível do álcool, da mesma forma que a nível nacional, ou seja, o IDT o grande problema que teve foi precisamente ter fundido pensando que a resposta podia ser única e não pode, claramente não pode.

Pergunta 6.

Quase que já está a responder à pergunta seis, tendo em consideração a especificidades desta doença, e aqui íamos integrá-la toda como um problema da adição, a organização estrutural da prestação de cuidados de saúde e os recursos disponíveis, como concebia a organização funcional da resposta a esta problemática de saúde? Ou seja, ao quererem juntar, e o legislador fez isso juntou as adições todas, pelo que me está a dizer embora ele possa numa fase juntar tudo, entende que deviam ser linhas completamente separadas em termos de estrutura, ou seja, a estrutura podia ser aquela mas as intervenções serem diferentes...

Teriam obrigatoriamente que ser diferentes, e se houvesse dúvidas basta ler os últimos planos, ou os primeiros se se quiser, da OMS. Nos últimos é afirmado que o álcool é o terceiro fator de risco mais importante para o desenvolvimento de patologias. No último relatório já altera um pouco esta qualificação diz que nos países mais desenvolvidos o álcool é o primeiro fator de risco. Lembro que quando a OMS referia que os três fatores de risco mais importantes, e também o Relatório da Comunidade Europeia, que era tabaco, hipertensão e álcool, as drogas aparecem em décimo sexto e décimo sétimo lugar, as drogas ilícitas, e diz isto de forma clara. Portanto, o álcool tem uma importância que internacionalmente é dada mas que depois, repare, na nossa componente nacional praticamente desapareceu isto não é por acaso, não vamos provavelmente entrar aqui em pormenores específicos, mas não é por acaso que no país em que estamos, na nossa produção etc. etc. há aqui muitos fatores... Agora, precisamente, porque não há, e não houve, até agora, capacidade de dinamização destes serviços, teoricamente era a expectativa quando houve a fusão no IDT. Não nos podemos esquecer que estes serviços vêm de serviços hospitalares da psiquiatria donde saíram autonomamente, autonomizando-os, precisamente porque se tomou consciência da necessidade de resposta necessária, aliás...

Ainda antes da toxicodependência das drogas ilícitas, digamos assim...

Saíram praticamente na mesma altura, na década de sessenta. É verdade que a droga um pouco depois mas elas são quase simultâneas, os CEPD são os primeiros serviços e os vários serviços de alcoologia, o Centro de Recuperação de Alcoólicos, o Centro António Flores em Lisboa, na prática um Centro de Recuperação de Alcoólicos, do Hospital Magalhães de Lemos que era outro centro de recuperação de alcoólicos, que aparece também posteriormente. Portanto, a verdade é que eles saem da psiquiatria precisamente porque a importância do problema do álcool não é apenas um problema psiquiátrico. Um gastroenterologista é capaz de dizer que é problema de grande importância gastroenterológica é um dos maiores problemas hepáticos, e a cirrose como principal componente. Mas, o problema é que é fundamentalmente de saúde pública, porque há muitas outras intervenções e outro tipo de patologias que estão associadas e ligadas com a questão do álcool. Portanto, ele não pode ser visto apenas como um problema de saúde mental e de ser só de adição, tem que ser visto num ambiente e na cultura no país em que está integrado e, neste sentido, com esta integração a verdade é que houve um atrofamento dos serviços e a única hipótese, do meu ponto de vista, para podermos dar novo desenvolvimento, porque ele é necessário, não é porque é bom termos mais serviços ou desenvolver mais serviços, não, os problemas do álcool não diminuíram, pelo contrário, aumentaram e, como tal, é necessário dar outra dimensão à resposta. Neste sentido, eu penso que devia haver um serviço vertical que permitisse naturalmente ter preocupações com formação, com trabalho na área da prevenção, na investigação, na resposta também terapêutica e que permitisse no futuro a sua integração quando houvesse capacidade de resposta das várias estruturas, quer hospitalares quer dos cuidados de saúde primários.

Isto é, não concordará muito com atual estrutura que está montada, devia ser uma estrutura perfeitamente definida, autonomizada... pela especificidade que é, completamente autónoma, ou seja, de cima, ao nível ministerial ou direção-geral, até ao terreno, equiparando ou colocando ao lado dos médicos de família ou das usf. Por outro lado, para dar resposta autonomizava completamente essa área, autónoma e em linhas completamente definidas, considerar as adições mas para cada linha a sua resposta, independentemente das estruturas estarem perfeitamente alinhadas...

Deixe-me só dizer-lhe o seguinte, quando nós vemos que a intervenção ao nível do tabaco, nós verificamos que há uma cabeça, digamos assim, central, há uma coordenação central, que é outra adição, e há uma resposta que está integrada quer ao nível hospitalar quer ao nível dos cuidados de saúde primários, porque, porque pelo

modelo e pelo tipo de resposta que é dado há formação prévia dos vários intervenientes, nomeadamente médicos, quer pneumologistas, quer, mais tarde, a dinamização e a ata com compromissos ao quer nível das ARS, quer ao nível da Direcção-Geral, quer fundamentalmente do ministério, coisa que nunca houve com o álcool. E é isto que permite, naturalmente, ter aqui uma resposta adequada a uma adição tão ajustada quanto possível na nossa estrutura de saúde. Ora, o problema que nós temos com o álcool podíamos ter uma situação semelhante, não o podemos ter porquê, porque o psiquiatra só por ser psiquiatra não sabe tratar ou não tem formação para dar resposta, quer em termos de tratamento, que é aquilo que mais lhe compete, quer na intervenção preventiva e o médico de família também não tem, na sua componente formativa, esta intervenção. Nem sequer ao nível das nossas faculdades, nenhuma delas tem efetivamente esta área como área de formação logo, se não houver uma área específica, precisamente como o que se fez na década de sessenta diferenciando, tentando diferenciar, tentando criar capacidade de conhecimento científico na intervenção, que hoje há muito mais do que havia à época, e capacidade de intervenção preventiva e formar os técnicos necessários, eu tenho muitas dúvidas em que isso possa ser feito sem uma linha verticalizada, de cima abaixo.

Embora sejam uma adição, entende que futuramente elas se vão autonomizar por si, atendendo à sua especificidade não dará para estarem juntas. O álcool vai seguir uma via e as drogas ilícitas dependendo do que são, também o tabaco, conforme foram criadas para as outras especialidades médicas e foi feita formação específica. Antigamente o médico sabia de tudo, teoricamente, mas à medida que foram conhecidas, foram-se especializando, podem ser criadas linhas. A estrutura pode ser a mesma e terá que estar ao lado das estruturas normais, falando aqui das ULS e dos cuidados de saúde primários, deveriam ser autonomizados, que essas linhas fossem separadas e à medida que vamos caminhando elas vão ser cada vez mais autonomizadas...

Eu penso que há necessidade neste momento, ou seja, havia necessidade de inversão daquilo que se fez há alguns anos. Portanto, na década de sessenta, setenta, e principalmente em oitenta, autonomizou-se efetivamente o álcool precisamente em 2006 faz-se a integração no IDT, criando uma linha apenas de adição, o que faltou, como há pouco referi, foi a capacidade de intervenção e espaço de intervenção na área do álcool, na prática, o álcool foi absorvido pela estrutura sem lhe ter sido dada a importância que ele tem no país, como problema e como doença, e neste contexto como a formação não se desenvolveu e mesmo anteriormente havia algumas limitações pelo número de

técnicos que estava ligada a esta área. Deixe-me fazer só este parêntesis para dizer, a toxicodependência teve uma expressão maior porque muitos médicos precisamente por a estrutura se ter multiplicado com uma dimensão enorme, como todos nós sabemos, ao nível do país, permitiu uma difusão dum conjunto de conhecimentos quer ao nível dos médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais muito grande, coisa que não aconteceu com o álcool e, portanto, ao atrofiar-mos nesta fase o álcool nós estamos em risco de implodir e a problemática do álcool ficar apenas com a questão teórica da adição. Como se apenas pela questão desta adição de integração do álcool houvesse capacidade de intervenção na área do álcool e, do meu ponto de vista, não há, porque os técnicos estão formatados em relação às substâncias ilícitas e a estratégia terapêutica, embora alguns aspetos da prevenção possam ser comuns, muito da resposta terapêutica é completamente diferente. Tratar um heroinómano e tratar um doente alcoólico são duas coisas completamente diferentes e, portanto, o facto de se entregar, entre aspas, a resposta terapêutica e até preventiva à área da adição, como ela tem sido constituída até agora, compete-nos basicamente o foro das ilícitas, teremos muita dificuldade na resposta ao álcool e, portanto, eu não vejo a não ser uma implosão com o desaparecimento. Na prática, já constatámos outras experiências como a que aconteceu ao nível do norte, com a fusão da unidade de alcoologia com a unidade de desabilitação, em que desapareceu a unidade de alcoologia. Estamos em risco, neste momento, de isso acontecer no sul e eu diria que muito provavelmente no futuro aqui do centro poderá, até agora foi uma unidade de referência, e talvez por isso é que ainda não tivesse essa condição. Mas é provável que possa vir a acontecer o desaparecimento completo de toda a problemática do álcool. Isso não faz com que os problemas do álcool desapareçam, ou que diminua a sua importância, não só ao nível nacional como internacional e basta ler os relatórios da OMS e a importância e aquilo que eles levantam na problemática do álcool. Estamos a correr riscos, e o Ministério também está a correr riscos nesta forma um bocado simplista, tece uma linha teórica sem conteúdo prático. Portanto, nós temos uma rede de referência, rede essa que não funciona, não basta ter a rede a dizer que tem que funcionar assim, tem que articular assado, porque é necessário que estejam lá as pessoas para poderem articular, não havendo não há resposta. Esta é a realidade factual e o mesmo ao nível dos cuidados, não vale a pena dizer que as ET (Equipa de Tratamento) vão dar resposta ao álcool quando a sua capacidade é limitada, é limitada em termos técnicos, começa logo, porque muitas delas também têm dificuldade em termos médicos, por exemplo, é dificuldade até pela suas próprias estratégias de

intervenção, estamos aqui a correr riscos enormes e a não resposta à problemática do álcool...

Mas, em termos de estrutura defende que deve ser uma estrutura autónoma perfeitamente hierarquizada de cima abaixo, da direção até ao terreno.

Sim, senão os tais factos que há pouco referia seriam truncados na sua intervenção com as estruturas de maior proximidade, ou seja, na prática nós temos que entender que quem gere os recursos, independentemente da importância que possa o álcool ter ou não ter, se tem determinados recursos e necessita deles para outro tipo de ações é ali que os vai aplicar, vamos ser honestos, é assim. Isto só se resolve havendo efetivamente uma linha autónoma, não é possível ser resolvida, a não ser por um conjunto de imposições legais que permitisse que essa linha estivesse noutras, mas com alguma capacidade com alguma autonomia. Acho que é muito difícil na situação atual. Por isso é que acho que o DICAD vai ter muita dificuldade em desenvolver a sua estratégia no contexto da saúde atual, ou continua muito fechado e portanto sem se ligar aos cuidados de saúde primários que era a sua obrigação ou, enfim, a capacidade de resposta está, ficará cada vez também mais atrofiada, não é? Também pelas capacidades económicas que vão sendo utilizadas de acordo com as necessidades das estruturas onde estão integradas...

Nós estamos numa fase muito difícil, esta situação de arrastamento dificulta, por outro lado o próprio modelo, como dizia e bem, organizativo do SNS que não está muito definido, em que temos soluções diferentes em zonas diferentes, não ajuda, com alguma conflitualidade. Não é por acaso que existe conflitualidade na montagem dos serviços tipo ULS há alguma dificuldade. Portanto, não aparece por solicitação das bases na prática, isto é, numa situação normal vamo-nos entender e vamos funcionar em conjunto, não, aparece por imposição e, normalmente pensando precisamente no melhor aproveitamento dos recursos, o grande problema é que quem vai decidir o melhor aproveitamento dos recursos normalmente não são aqueles que têm menos são os têm mais e acham que necessitam ainda mais. É este paralelismo que eu faço com as drogas ilícitas e lícitas é que, existindo dez vezes mais dependentes do álcool a resposta é dez vezes mais para os dependentes das substâncias ilícitas, há aqui qualquer coisa que está errada, mas eles continuam a achar que necessitam ainda de mais para a resposta. É uma, não diria guerra, mas é uma filosofia que não responde aos interesses da comunidade mas sim aos interesses pessoais e das próprias linhas, é necessário que alguém venha de fora que possa dizer não, a resposta está adequada e é suficiente em relação a esta área ou não, e, portanto, isso quer para os cuidados de saúde primários

quer para os cuidados secundários. Repare que toda a gente é unanime, é necessário fazer um bom investimento nos cuidados de saúde primários, agora onde é que ele está? Há quantos anos é que ouvimos dizer e onde é que ele está?

Obrigado Dr. (...).

De nada foi um gosto.

Anexo 3.

Transcrição da entrevista efetuada ao Presidente do Grupo de Alcoólicos Recuperados do Distrito da Guarda e doente recuperado, com uma intervenção ativa no apoio e recuperação dos alcoólicos no distrito da Guarda desde 1983.

Pergunta 1.

Concorda com a atual organização do SNS? Porquê? Senão como o organizaria?

Ora bem, eu em termos se concordo ou não concordo com o Serviço Nacional de Saúde efetivamente da forma como está, falo mais da área onde estou inserido, que será a área do alcoolismo, eu efetivamente posso dizer o quê, posso dizer que o modelo que nós até agora estamos a seguir, que é o tratamento e intervenção direta no doente alcoólico, é na ajuda do doente alcoólico e depois da sua sensibilização e no seu internamento, concordo em absoluto com as Unidades de Alcoologia ou com os Centros Regionais de Alcoologia que estão instalados ao nível do país ... Porque, quer queiramos quer não, o doente tem sido localmente... que tenha uma perturbação de alcoolismo, ele vai ter vergonha de ser tratado, de ser internado numa unidade de saúde, localmente.

Mas em termos de organização da saúde, da maneira como eles estão é organizado em hospitais, centros de saúde, cuidados diferenciados, estamos a falar de cuidados primários, cuidados hospitalares, não vê nada que pudesse ser feito de outra maneira...

Na área onde estamos inseridos ..., e é nisso que estamos a falar, é precisamente na área do alcoolismo continuo a dizer, o doente alcoólico ser internado localmente, haver aqui específico de internamento para tratamento do doente alcoólico. O alcoólico em si vai rejeitar ser internado localmente. Primeiro por causa do rótulo, segundo pelos falatórios, pelas consequências, pelo manifesto de ter que contar às pessoas que está internado na alcoologia aqui, nos meios pequenos, daí que eles efetivamente não queiram, nem aceitem, de ânimo leve, um internamento em termos locais. Se falarmos dentro da saúde mental um doente só por si que esteja lúcido e capaz de aceitar o internamento, ele aqui, a ideia que tenho, é que um doente alcoólico não aceita, de ânimo leve, um internamento em psiquiatria. Porquê? Porque há a conotação de efetivamente ser conotado como um louco como um doido, é essa a resposta pontual que eles têm na ponta da língua... concordo em pleno que efetivamente... Agora com o serviço de

intervenção direta e prioritário eu diria que se está em privação que faça um “delírium tremens” esse doente tem que ser socorrido de imediato, automaticamente é conduzido ao serviço de urgência, que por sua vez chama a psiquiatria e a psiquiatria por sua vez faz um internamento na saúde mental, concordo em absoluto. Mas, o que tem acontecido em termos locais, é que quando eles saem são os próprios psiquiatras da saúde mental que nos pedem a nós para intervirmos lá, localmente, no departamento de psiquiatria, falarmos com o doente que fez esse “delírium tremens”, sensibiliza-lo para fazer um tratamento e depois nós mais tarde levamos a Coimbra aos centros regionais de alcoologia ... ou às unidades de alcoologia...

Pergunta 2.

Então e na pergunta dois, depois mais à frente vamos voltar a falar sobre isso, estas três grandes áreas em que neste momento estão divididos os cuidados de saúde que são prestados em Portugal, a maneira como eles estão organizados em cuidados de saúde primários, secundários e continuados, concorda com esta divisão...

Concordo com essa divisão não, não há nada falando num português mais claro, cada macaco no seu galho. Se há pneumologia num hospital, se há otorrino no hospital, se há a psiquiatria no hospital, se há cardiologia, há as várias valências em termos da saúde é lá que devem estar inseridos. Com o alcoólico especificamente, é um doente só por si marginalizado, por si já tem aqueles preconceitos do rótulo, e efetivamente eu acho que deve ser desviado do âmbito do meio em que ele vive, por exemplo a guarda é um meio, um meio pequeno em toda a gente sabe ...

Pergunta 3.

Mas aqui e relativamente a essa parte, à parte das estruturas, e passando à pergunta três, os modelos que nós temos, temos dois, apresento o esquema relativo aos dois modelos, temos um em que os cuidados de saúde primários com os Agrupamentos de Centros de Saúde, temos os cuidados continuados que são geridos pela rede e temos os cuidados hospitalares. Mas, qualquer destas organizações funciona isoladamente, ou seja, os ACES têm a sua estrutura autónoma, ligada à ARS, mas autónoma, a rede de cuidados continuados na mesma, têm aquela estrutura montada e temos os hospitais EPE ou centros

hospitalares que também têm a sua estrutura autónoma com as chefias, a parte financeira, toda essa autonomia que eles têm, e depois temos as ULS, onde a Guarda se insere, tem uma ULS em que os cuidados são geridos de uma forma única, ou seja, a ULS trata os cuidados de saúde de uma forma global, têm eles próprios a gestão de todos estes cuidados... se vê por aqui uma maior ligação, se há mais facilidade por parte do utente, se é melhor tratado, se a resposta é melhor para ele... havendo aqui uma ligação, neste momento temos já em ULS...

É assim, no falar do global e vou ter que voltar novamente á área onde estou mais inserido, eu acho que neste momento a dotação da parte médica e de enfermagem que efetivamente estamos a verificar, estamos a acompanhar ... não têm a mesma sensibilização que tinham há uns anos a esta parte, para com o doente alcoólico. Eu ainda sou do tempo em que antigamente se fazia chacota com o doente alcoólico davam-lhe uma injeção de espiro e quando espirava toda a gente se rir à volta dele e neste momento aqui verifico, e já o disse neste hospital local, e mais na área da medicina, e já o disse a vários médicos lá, antigamente havia mais sensibilidade, era totalmente diferente do que há agora. Antigamente quando caia aqui um doente com problemas de alcoolismo, ou com problemas de uma hepatite, ou de fígado, ou de problemas do que quer que fosse ... mas que estivesse dentro do alcoolismo, não saia daqui nenhum doente sem falar com os grupos de interajuda ou falar primeiro comigo e era feita assim localmente... se tínhamos que o aguentar mais dois ou três dias internado aqui no serviço de medicina. Hoje já não há aquela sensibilidade que havia, mas também é verdade que havia aquela sensibilidade porque o Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, no tempo da Dr.^a (...) e do Dr. (...), fazia as formações aos médicos, aos professores, aos enfermeiros a todo um conjunto de pessoas que efetivamente estavam vocacionados para o problema, porque, quer queramos quer não, dizia e ainda hoje digo, à boca cheia, que a disciplina da alcoologia ainda não entrou na Universidade de Coimbra e estamos a falar na área de Coimbra, porque é que não entrou, ainda não entraram os problemas que efetivamente estão relacionados muitas vezes com o álcool, e isso para mim quer dizer o quê, que dizer que falta algo a esta gente para precisamente e continuo a falar só nesta área do alcoolismo, não tem motivação, não têm sensibilidade, sobre estes casos. Para mim quando não se tem sensibilização para estes casos o que eles estão a tratar hoje passadas três semanas ele vai aparecer outra vez no serviço de urgência e vai que ter outro internamento ...

Então dá-me ideia que não há aqui um problema da maneira como isto está dividido, ou seja, de ser ULS e ter a cadeia toda, do que... estarem separados da, forma como a ligação é feita?

A forma como a ligação é feita...

Se aqui não estivéssemos a falar de uma ULS, no caso onde estamos é na Guarda, não ser uma ULS, se fosse em hospitais, centros de saúde, dividido como estão as outras regiões, falo em Coimbra, Leiria, porque Castelo Branco também é ULS, a resposta podia ser a mesma?

Podia ser a mesma sim, sem sombra de dúvidas, porque é assim, aqui vai do técnico, de quem está a ver o doente em si, da sensibilização de quem está à volta deste doente e estamos a falar de um alcoólico na parte individual de cada um, de cada individuo, cada técnico terá que ser inserido um médico, está inserido um enfermeiro, inserido um auxiliar, há um conjunto de pessoas que podem ter um papel muito interventivo em termos da motivação para o doente alcoólico. Nalguns casos, eramos chamados, antigamente eramos chamados sistematicamente ao hospital, neste momento essa motivação acabou, e isto quer dizer o quê, quer dizer que uma grande fatia dos médicos que acompanham esses doentes não têm sequer conhecimento do que poderá fazer em prol da ajuda a esse individuo que estão a tratar no momento. Eu ainda na sexta-feira passada... este Sr. é que é o celebre (...), diga-me lá qual é o vosso processo como é que vocês fazem, e eu tive que lhe explicar tudo ao pormenor como fazíamos, “tim tim” por “tim tim” a esse médico e o senhor é do norte sim sou do norte era do Porto perguntei se conhecia o Magalhães de Lemos, não conhecia o Magalhães de Lemos e pronto, e era de lá, muita gente confunde o Centro Regional de Alcoologia de Coimbra com o Sobral Cid, que é uma das coisas que eu à partida tenho que chamar a atenção ao doente, estamos a falar no Centro no Hospital Sobral Cid de Coimbra, mas tu não vais para nenhuma psiquiatria, foi um prédio que foi feito, toda a estrutura foi feita nos terrenos do Hospital Sobral Cid só que é autónomo nada tem a ver com o Departamento de Psiquiatria, que esteja instalado no Hospital Sobral Cid, ou pouco igual ao Magalhães de Lemos, tudo isso era feito assim.

Portanto... na sua opinião qual deles responde melhor às necessidades da população e porquê, não vê grande diferença em relação a estar em ULS...

Não vejo diferença nenhuma, a diferença só por si, estamos a falar de um alcoólico, é precisamente de quem está a atender nesse momento o alcoólico, quem faz isso, de quem está a fazer esse acompanhamento.

Pergunta 4.

Na prestação dos cuidados encontram-se os tratamentos dos comportamentos aditivos e das dependências, onde se incluem o álcool e as drogas ilícitas, até há bem pouco tempo prestados em estruturas separadas. É favorável ao modelo de integração de todas as vertentes dos comportamentos aditivos, concretamente a fusão dos serviços de alcoologia e da toxicodependência?

Não, não, não, de maneira alguma, um alcoólico não tem nada a ver com um toxicodependente, são duas pessoas totalmente diferentes quer queramos quer não, e a própria sociedade em si, aqui na guarda, onde falar de alcoolismo já é banal, hoje tem mais recetividade, hoje tem mais integração laboral em termos de trabalho, um doente alcoólico tratado que tem um ex-toxicodependente, isso não tenha você a menor dúvida. Porque antigamente existia... que todo o bom artista tinha que ser alcoólico. Todo o bom artista tem que ser alcoólico, aquele slogan que antigamente existia... Agora não sou nada favorável à integração do doente alcoólico nas toxicodependências, mas é verdade isto foi, os toxicodependentes, eu ainda me lembro do projeto vida, quando efetivamente tratava, uma vez fui interpelado, interpelei um indivíduo do projeto vida aqui no Governo Civil, e olhe lá por que é que vocês não fazem o modelo como nós estamos aqui a fazer na Guarda, tentem arranjar grupos de interajuda e levarem o doente toxicodependente a bom porto. Não, sabe que isto aqui é difícil se nós pensarmos assim por que não pode pensar que o toxicodependente... bom e hoje estamos a verificar que estão a recorrer muito às Comunidades Terapêuticas, mas também é verdade que as comunidades terapêuticas há muita gente a encherem-se de dinheiro, quer queremos quer não. Agora, em termos de alcoolismo, falamos na área dos grupos de interajuda dos alcoólicos anónimos... a mãe dos grupos de interajuda foi a Dr.^a (...), foram aqueles que passaram, aquilo que sofreram, foram indivíduos que deram sempre a cara e aqui na Guarda foi o primeiro grupo a aparecer a nível nacional foi o grupo da Guarda. Porquê, porque a Dr.^a (...) me ensinou que eu não devia meter a cabeça na areia e eu tinha um curriculum muito vasto pela parte má, respondi catorze vezes a Tribunal, cheguei a vender o meu próprio sangue nos Hospitais para ter dinheiro para beber, fui um farrapo humano. E comecei a dar nas vistas às pessoas que me viam depois do meu tratamento, quando eu vim do Centro de Recuperação de Alcoólicos de Coimbra e todas essas pessoas tinham os olhos em mim. E foram essas pessoas que algumas delas chegavam ao pé de mim e me pediam ajuda e foram as esposas de outros que sabiam que tinha feito o tratamento e

andava bem que me vinham pedir e isto foi uma cadeia que se foi desenvolvendo ao longo dos anos. Essa recetividade hoje de um tratamento do álcool ou alcoolismo já é banal, já internei na Unidade de Alcoologia o juiz, o pastor, o padre, o advogado, o psicólogo, de todos os extratos sociais dos mais baixos aos mais elevados... porque antigamente o alcoolismo era só o Joaquim, o Pedro e o Manuel que era trolha ou o António que era o agricultor não, hoje o alcoolismo está a bater a todas as portas. Agora eu não tenho dúvidas nenhuma em dizer que o Governo na parte do Projeto Vida que de facto... eles é que fomentaram mais o alcoolismo, porque quando um ex-toxicodependente saía das drogas deixava de consumir as drogas o médico que o estava a acompanhar ou os técnicos que estavam a acompanhar o doente toxicodependente das drogas ilícitas, até gostavam que o gajo comesse a beber uns finos ou que até bebessem uns copos para esquecerem a outra... para se meterem noutra dependência, esqueceram-se foi de um pormenor importante, é que quando eles estavam embriagados é que voltavam outra vez a consumir a droga, até de borla para o apanhar, mas tinham que o apanhar fragilizado e está fragilizado quando estava bêbado. Isto é um pouco como os nossos jovens de hoje, os nossos jovens batem a pés juntos que não consomem. Eu não consumia drogas até ao dia em que me apanharam bêbado é agora que eu vou experimentar isso, fumei a minha primeira passa de liamba porque um dia apanharam-me bêbado, porque se eu estivesse lúcido nunca a tinha metido na boca, e lá está nas toxicodependências os técnicos que tratavam os toxicodependentes das drogas ilícitas não se chateavam nada que os gajos bebessem uns finitos e tal, vai bebendo uns finitos que é muito bom e que mais tarde tínhamos alcoolismo não é por acaso que naquela ficha que lhe mostrei diz com 17 anos de drogas que a pior droga por que passou, desde a cocaína, lsd, à heroína e essas (...) todas, a pior droga por que passei foi o álcool, foi a mais difícil, porque não é por acaso se estiver atento nos grandes meios Lisboa Porto, nos grandes meios, você vê um individuo com todo o mau aspeto à partida tem aspeto de toxicodependente, mas chegam ao luxo de vir pedir uma esmola para ir beber um bagaço, porquê, porque não tem a outra droga, não tem dinheiro para a outra droga, não tem dinheiro para outra e pedem dinheiro para ir beber bagaço e até vão comprar álcool puro para ingerir durante o dia ...

Essa resposta para ser dada, não a consegue conceber junto com as outras dependências...

Não, não, nem pensar ...

Eu não estou a falar em termos técnicos, nem em termos de resposta...

Cada macaco no seu galho, cada macaco no seu galho... Cada macaco no seu galho, nós aqui na Guarda temos o serviço de medicina, temos os serviço de otorrino, o serviço de pneumologia, temos o serviço de ortopedia, temos vários serviços, porque é que o alcoólico não tem um serviço específico só para ele, porque é que os toxicodependentes das drogas ilícitas não têm um serviço específico só para eles, acho de todo, toda a gente sai beneficiada com a recuperação desse ser humano. Aqui o que me dá a sensação há muitos anos é que há pessoas que não lhe interessa o sucesso (...) você nunca viu o sucesso dos alcoólicos anónimos, nunca mostraram dados estatísticos, por isso é que eles são anónimos, por isso é que eles nunca mostraram o sucesso, mas também não sabemos se há sucesso se há insucesso. Agora nos alcoólicos recuperados nós sabemos, e a prova está é que fazíamos aqueles encontros de alcoólicos recuperados e toda aquela alegria, toda aquela manifestação quer do doente individual quer da família, sentiam-se congratulados com a situação do encontro, esse era o facto, era a realidade nua e crua que as pessoas viam com olhos, pessoas que efetivamente quisessem ver com olhos de ver ... Agora quanto a isso, cada macaco no seu galho, o doente alcoólico é o doente alcoólico o toxicodependente é o toxicodependente, devem ser tratados em estruturas diferentes.

Pergunta 5.

Passamos à pergunta número cinco e que de alguma forma já respondeu e se enquadra nesta. Atualmente o planeamento e acompanhamento das intervenções nos comportamentos aditivos e da toxicodependência estão cometidas ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD), encontrando-se a parte operacional nas Administrações Regionais de Saúde, I.P. Na sua opinião quais as vantagens e desvantagens que, na prática, tem este modelo

Eu neste momento, o que é que o SICAD faz? Eu não sei.

À partida por lei é uma direção-geral como a direção-geral da saúde só para aquela área concreta.

Ele vai ter que bater á porta de alguém, à porta das ONG por exemplo, nós temos aqui o sicad da Guarda aqui é o dicad, mas o dicad aqui na Guarda o que é que faz, faz o atendimento daquele tipo de pessoas que, por sua vez, faz o tratamento em ambulatório que pede a vocês, é a única coisa que eles fazem em termos de intervenção. Álcool, não

tocam, vão para as comunidades terapêuticas. O dicad realmente tem médicos psicólogos tem lá isto, tem lá aquilo, em termos de ambulatório eles não conseguem grandes frutos.

Mas isso em relação à Guarda, da parte da intervenção, não há qui a ligação que existe em termos de ULS, ou seja, aqui em termos e estrutura esta parte responde autonomamente...

O dicad (CRI da Guarda) quando precisa de ajuda, quando precisa de alguém para tratar, ele bate à porta da ULS, e a ULS sabe que está na saúde mental e possivelmente manda-os para lá, encaminha-os para lá. Depois quando eles fazem a desintoxicação quer alcoólica, quer toxicodependente, aqui em termos de internamento, eles fazem a desintoxicação e depois fazem o acompanhamento após alta a nível local em consultas periódicas com o psicólogo, há um conjunto de médicas ao nível da ligação como é que está a coisa, nada mais do que isso...

Mas ao nível do CRI, ao nível do centro de saúde, mesmo dentro da ULS?

Não ao nível do dicad, ao nível do CRI, quer queiramos quer não, é assim, em termos de formação, em termos de formações, mais do que nunca todas as pessoas, isto é só para ter um ideia, há tempos eu fui ao Centro de Saúde e estava lá o Dr. (...), de quem eu sou amigo, e ele até gosta de beber uns copitos, e o Dr. (...) tinha lá uma assistente uma miúda que está a aprender medicina que ele disse assim, este aqui é o (...) que tem feito um trabalho brilhante nos alcoólicos os (...) são difíceis de abordar, de sensibilizar e ele consegue dar-lhes a volta de 180 graus e consegue mudá-los... Porque há aqui doentes que eu tenho no consultório, tenho aqui nas consultas, chama a atenção para, através das análises do gama gt, até às vezes prescreve uma tabela de desintoxicação... Mas isto foi chão que deu uvas, os (...) não aguentam a privação e continuam a beber. Por isso sei perfeitamente que lhes é dado um cartãozinho destes, que é nosso, que você efetivamente pode ler. Aí eu não preciso, não é a Dr.^a que precisa, são os seus doentes em termos futuros que precisam, são os seus doentes em termos futuros, a Sra. não se está a formar médica? Estou. Então são os seus doentes em termos de futuro que vão precisar desta ajuda e precisam da sua compreensão e motivação para o problema do alcoolismo e por aquilo que estou a ver a Sra. não está nada motivada para o alcoolismo. E tive que lhe dizer, olhos nos olhos, cara a cara, porque ela vai-se aperceber em termo de futuro, quer em termos de otorrino, quer em termos de gastro, quer em termos da medicina, quer em termos de ortopedia, quer em termos de cirurgia, vai haver n de casos

que estão relacionados com o álcool, e isso é que muita gente ainda não entendeu na formação deles.

Está a falar de quê, dos acidentes das...

Estou a falar de tudo, estou a falar da parte da medicina. Efetivamente, indivíduos que entram para lá com pancreatites, com o pâncreas já destruído, com o excesso de bebidas alcoólicas, estou a falar por exemplo na mesma patologia de cirroses, já descompensados, e vão geralmente à medicina... álcool acompanhado com tabaco é uma bomba, que quer queiramos quer não, é uma bomba e que às vezes são detetados. Então um dia telefonaram-me para mim a procurar se tinham um indivíduo internado em otorrino, o que deviam fazer que ele entrou em delírium, começou a alucinar o que é que eu posso fazer, então está a perguntar ao Grupo de Alcoólicos Tratados o que pode fazer, tem que ligar para o Departamento de Psiquiatria, era uma enfermeira que estava a pedir esse conselho, peça ao Psiquiatra para ir aí já de imediato a socorrer o indivíduo, e trazer o material para ele, por o (...) daqui a nada está a partir a mobília toda...

Dava cabo de tudo...

Quer dizer o quê, quer dizer que foi o técnico que o estava a acompanhar, alguém que estava no otorrino, e lembrou-se do Centro de Alcoólicos Recuperados que efetivamente sabia o que haviam de fazer, por favor, chamem o psiquiatra, vai ter que ser sedado, vai ser talvez amarrado à cama, precisamente para não causar problemas e partir a mobília toda. Isto quer dizer o quê para mim, quer dizer que não há sensibilização, não há motivação para o problema relacionado com o alcoolismo. Agora, por exemplo na cirurgia, falamos às vezes nas cirurgias, mas porquê (...) nas cirurgias, cirurgias porque entram em privação, entram em “delírium tremens” e até morrem. Geralmente antes de fazerem o quer que seja, numa operação cirúrgica o cirurgião através da assistente social, ou enfermeiro, fala com um familiar e, olhe lá, ele tem hábitos de consumo? Tem mas é normal e o que é normal? Ele bebe dois copos de vinho ao almoço e outro ao jantar isso é o normal, quatro já é não é normal. Mas para o familiar tentar desculpabilizar se ele ou não é um bebedor excessivo, diz bebe uns quatro ou seis copinhos, não sabe o que ele bebe cá fora, acabam por “abrir” o indivíduo, acaba por o (...) entrar em privação e acaba por morrer...

Está a entender, isto porquê, para o tentar defender e dizer que não tem hábitos de consumo. Outro dia levei um para a Unidade de Alcoologia, mas se ele tem hábitos de consumo é preferível deixá-lo fazer primeiro uma desintoxicação, senão ele ainda entra em delírium e acaba por partir as duas patas, já tem uma partida e acaba por partir as

duas, tem razão (...), agora o (...) está compensado, então olhe leve o (...) para Coimbra, senão volta novamente...

Então o facto das duas áreas estarem separadas, estou a falar em relação à parte normativa, digamos assim, uma parte pelo sicad em Lisboa, fazer as normas ou emitir normas para que depois a ARS via CRI, UAC, e Desabituação, e isto incluindo as drogas todas, e colocar aqui só a parte do álcool, não vê que tenha havido ganhos...

Absolutamente nenhuns, primeiro o SICAD sabe perfeitamente que o Centro de Recuperação de Alcoólicos do Distrito da Guarda e que existem vários grupos de interajuda que não são anónimos. Pedi uma reunião com eles para falar nunca se deram a esse prazer, gostam mais os alcoólicos anónimos, tem lá a (...) e sabem que existem a nível nacional grupos de interajuda, existe o da Guarda, existe o de Viseu, existe o de Castelo Branco, existe o da Covilhã, existe o Santa Maria da Feira, e existem vários grupos de interajuda que não são alcoólicos anónimos, mas algum dia eles chegaram ao pé de nós a dizer que nós estamos aqui, nunca, já mais...

As estruturas quando são definidas não há, não...

Não há, não ouvem as pessoas que estão no terreno e depois, ainda para mais, mais agravante, nessas definidas toxicodependências, nós como não temos federação não podemos falar, mas como os alcoólicos anónimos é uma Federação... é abrangente os Alcoólicos Anónimos... A mim podem tirar fotografias quando quiser já os alcoólicos anónimos não mandam em mim, entende, enquanto que um alcoólico anónimo não pode fazer em termos estatutários...

Não podiam estar em lugares públicos...

Pronto lá está, acho que mais valia a nossa maneira de ser, a nossa maneira de atuar, a nossa maneira de intervenção que é direta, porque nos Alcoólicos Anónimos eu sou obrigado a dizer isso numa reunião semanal para dizer que sou alcoólico, eu olho na pessoa, cara a cara, amigo, foi o caso do outro dia, como é que você chama? (...). Então olhe lá, se é (...) é um (...) porreiro, foi o tal que eu via de azul, quem é aquele gajo de azul, não sei, não sabe, aquele gajo precisa mais do que ninguém, o Sr. é o (...)? Sim. Olhe, desculpe, foi a Dr.^a (...) que me disse para eu vir falar consigo por causa do seu homem. Quem é o seu homem? É aquele senhor ali de azul disse para a Assistente Social. Está a ver Dr.^a como é que eu sabia, isso é uma mais valia que eu tenho, não comprometo a família, senão a família vai levar na (...).

O Sr. como se chama? (...). Se é (...) é um gajo porreiro, eu também sou (...), eu também sou (...), olhe venho falar consigo por isto, a Dr.^a (...), eu faço parte desta Instituição, sabe ler?, Centro de Alcoólicos Recuperados do Distrito da Guarda e em ajuda aos alcoólicos e suas famílias, você bebe uns copitos de vez em quando? Bebo. E acha que precisa da minha ajuda e do meu apoio? Talvez. Basta dizerem talvez para, efetivamente, eu continuar o meu trabalho. Sensibilizar, é esta intervenção direta que eu utilizo... Programando, um indivíduo que vem da aldeia de 40 Km, que não vem, tem uma reunião lá dentro para conversarmos com mais alcoólicos já abstinentes, há toda uma cadeia que se enche, que estes aqui não se escondam. Antigamente é que era vergonhoso, punham-lhes um rótulo na testa e levavam-nos para a psiquiatria do Lorrão e aí um (...) ficava na (...), fulano foi apanhado para Coimbra, ou para o Lorrão, e aí sim, e eu consegui combater, e fiz com que esse muro da vergonha tivesse caído, agora, por favor não queiram voltar outra vez aos 50 anos.

Então não vê aqui uma vantagem?

Para já é um retrocesso total, 50 anos. O doente alcoólico, esse sou eu que falo 80% do sucesso que temos aqui e os doentes que passaram já por Coimbra, há uma taxa de sucesso de 80%, não sou eu que o digo, são os próprios doentes as próprias fotografias a própria mudança...

Na sua opinião em relação à maneira como está estruturado, e sendo neste momento o SICAD a responder a nível regional, a estrutura que está montada, está desagregada...

Você está a falar do SICAD aqui da terra...

Não, estou a falar da região centro depois aqui é Centro de Respostas Integradas que...

E se eu lhe disser que o SICAD aqui da Guarda (CRI da Guarda) nunca articulou connosco. Acredita?

Pois independentemente do modelo a coisa não funciona.

Não funciona. Eles até pensam que agente lhes rouba os clientes.

São coisas diferentes.

Mas é verdade, eles não articulam connosco, estão lá dez ou doze técnicos, estão lá dez ou doze pessoas, com um vencimento altíssimo... estão sentados à espera que as pessoas lá caiam de paraquedas e eu ando no terreno todos os dias porque eu todas as

semanas tenho que ter doentes para levar para Coimbra, porque se não levar eu fico mal, por isso é lá estão as duas vagas semanalmente abertas nas consultas em Coimbra, o que é preciso é trabalhar no terreno. Está a ver a estrutura, quando eu tinha compromisso desde o início de ter sempre dois doentes todas as semanas internados, disse isso nos 50 anos lá em Coimbra, duas vagas semanalmente cumpria sempre religiosamente, mas eu tinha que correr o distrito todo da Guarda, mas não podia falhar com os doentes, tinha assumido com a Dr.^a (...) todas as segundas-feiras, e de segunda a segunda é um ar, mas eu cumpri sempre religiosamente com os dois internamentos. E estamos a falar em 1980 quando a alcoologia ainda era tabu, hoje já não é tabu...

Não é tabu?

Não, aqui na Guarda já não é tabu, nalguns lados ainda pode ser tabu, aqui na Guarda já não há tabu, porque já há bons exemplos, já houve boas recuperações, toda a gente aqui sabe a vida que tiveram assim que se trataram...

Pergunta 6.

Passava à pergunta n.º 6, que dalgum modo também já foi respondida...

Tendo em consideração a especificidade desta doença, e pode retirar a doença só falar mesmo na parte da alcoologia, a outra já teceu os comentários acerca da ligação. A organização estrutural da prestação de cuidados de saúde e os custos que também temos disponíveis, como se consegue essa ligação funcional da resposta a esta problemática de saúde, tem alguma alternativa em mente? Isto é, o legislador quis colocar as adições todas, já disse... Estas estruturas continuando no o seu raciocínio, devem estar hierarquizadas de uma forma autónoma em relação ..., e voltando se calhar um bocadinho atrás, ao modelo, ou seja, podem estar numa linha de ULS como funciona na Guarda, ou ter as estruturas separadas com cuidados primários, secundários e continuados a responderem autonomamente, ou, de outro modo, ser uma estrutura hierarquizada do cimo até ao fundo, ou seja, da direção até à resposta no terreno, estar completamente autónoma, não estar aqui num lado nem noutro, ser ... qual é o melhor, ou se tem outro?

Por exemplo, o alcoólico, todos nós sabemos que o alcoolismo é uma doença crónica, que não tem cura, tem um tratamento e um nome para toda a vida ponto final. Agora não quero dizer com isto que o doente alcoólico que chegou a um ponto, a uma situação de

um alcoolismo grave, no alcoolismo tudo é grave, meio descompensado, de um indivíduo que chegou à degradação quer a nível de saúde, quer a nível social, quer a nível familiar, esse indivíduo está doente e efetivamente tem que ter uma estrutura que efetivamente o possa apoiar. Ele chegou a uma rotura total uma separação, dos divórcios, são tudo um conjunto de situações que leva ao caus definitivo. Agora o que eu digo é que esse alcoólico que fez a sua desintoxicação, aí de certeza absoluta que tem outros problemas de saúde, ou tem o fígado completamente desfeito, ou tem uma pancreatite, ou tem um problema de estômago que nunca passou cartão, ou tem diabetes, tem todo um conjunto de situações que efetivamente estão no corpo dele. E a mais-valia para mim da Unidade de Alcoologia era precisamente quando detetavam esses problemas o próprio médico alertava, por sua vez o médico de família... tanto que na Unidade de Alcoologia a alta era participada ao médico de família. Mas muitos ignoram ou que não sabem é que doentes que foram corridos desse médico de família, a própria raiva que eles tomaram ao médico de família não querem jamais lá ir, deixou de ir ao médico de família em termos locais, optam por ir ao hospital mas ao médico de família o (...) tratou-me abaixo de cão quando eu bebia, o (...) disse-me que eu era bêbado e “enterrou-o”... uma vez que foi salvo pela Unidade de Alcoologia, pelo Centro Regional de Alcoologia, ele opta por uma consulta médica de onde foi detetado esse problema que ele tinha, por exemplo uma diabetes, uma cirrose, uma pancreatite, o indivíduo é mais sensível a quem o ajudou e quem o tratou...

Uma estrutura regional...

Uma estrutura regional, porque em termos locais ele já evita, porque o médico disse que era um bêbado e ele deixou de ir à consulta. Uma grande parte não tem médico de família, ou uma grande parte nunca foi ao médico, ou uma grande parte nunca fez análises...

Sem ser no tal serviço regional...

Sem ser no serviço regional, porquê se vai ao médico de família ele diz, meu amigo você tem uma gama gt... o senhor está a arranjar uma cirrose sabia? O senhor tem que parar de beber, mas como é que é... Um dia um indivíduo fez uma intervenção, fez um transplante hepático e morreu os dois já morreram, andávamos atrás de um indivíduo que era o Ti (...) fui várias vezes lá a casa dele identifiquei-me disse quem era e não quero cá nada disso eu bebo e paro quando quero. Está Ti (...) mas olhe que você está mais mal do que você pensa, quem é que lhe disse a si que... ainda hoje venho do médico e ele não disse nada, e tenho aqui a análises... há uma coisa que eu lhe vou dizer, antes de ir

buscar as análises, aposto consigo em como você, em termos hepáticos, tem para cima de 500 e tal... ver a gama gt, se lá estiver nas análises, pela sua cara vê-se que está mal em termos hepáticos. Nem é tarde nem é cedo. Ele já estava com uns copos bem bebidos, tome, veja aí, e lá estava escrito a vermelho, sublinhado a vermelho...

Pelo laboratório...

Pelo médico de família, 675, Ó Ti (...) falei-lhe há pouco na gama gt que é uma análise específica que os médicos mandam fazer ao fígado, não sou médico, olhe aqui sublinhado a vermelho, veja aqui o normal é 55, o que é que você tem aqui? Eu falei em 500, e aqui está 675. É, e porque é que o médico não disse nada... O médico estava farto de lhe dizer, só que lhe entrava a 10 e saía-lhe a 200, resumindo e concluindo passado um ano entrega-se, quer fazer um tratamento, internámo-lo na Unidade de Alcoologia, fazer a desintoxicação, passados três anos o fígado pifa, teve uma hemorragia mais forte e é transplantado de urgência no hospital, nos HUC em Coimbra, durou mais uns 6 ou 7 anitos e foi-se embora. Agora ele foi chamado n vezes pelo médico por causa da gama gt dele, só que lhe entrou a 10 e saiu-lhe a 200... (...)

Pois... Então é um serviço regional, devia haver um serviço regional só específico para o doente alcoólico, só específico para o doente alcoólico, com uma ligação nacional ter uma ligação nacional à Direção-Geral da Saúde por exemplo...

Estejam ligadas onde estiverem o que é preciso é estruturas locais e divulgadas, porque há muita gente, por exemplo Lisboa e Porto que não sabe, há pessoas de Lisboa e Porto que não sabem a quem recorrer para o tratamento do doente alcoólico, eu já internei pessoas na Unidade de Alcoologia do Algarve, quer queiramos quer não sabem qual o sítio onde podem ser tratados e não é por acaso que uns foram tratados em Lisboa que por sua vez o sucesso foi em Coimbra.

Então acha que devia haver uma estrutura a nível regional que tivesse o internamento e fizesse o acompanhamento, ou seja, como é que faz a ligação ao terreno independentemente de ser a cabeça central digamos no Ministério, Direção-Geral da Saúde, ou aqui acha que devia ter uma estrutura separada, diz que é a favor de uma estrutura regional que...

Conforme agora está com a direção-geral da saúde, saúde mental ou aquilo que quiserem que superintenda essa tutela a nível regional

E ao nível local o médico de família...

O médico de família desde que efetivamente ele tenha uma formação, porque infelizmente, a estrutura que eu digo, o sucesso que foi conseguido ao longo destes anos todos foi precisamente pela formação que se fizeram porque eu tenho aí vídeos que tiveram da mesma equipe na Unidade de Alcoologia 3 dias, (...), (...), (...).

Então acha que o modelo independentemente de estar uma divisão na Direção-Geral da Saúde ou o que quer que seja, devia haver uma estrutura regional que ... só para alcoologia, podia estar ou não ligada a um hospital ou uma estrutura ou ser...

Devia ser uma estrutura completamente autónoma, como era o Centro Regional de Alcoologia como está...

Com ligação aos cuidados de saúde primários...

Exato, por exemplo o que se fazia no Centro Regional de Coimbra... faziam-se reuniões periódicas de um dia inteiro com o (...) com a (...) com o (...).

Uma estrutura que aglutinasse toda a estrutura...

Toda a estrutura, os próprios Centros de Saúde eram chamados a assistir a essa formação...

E os Centros de Saúde faziam o acompanhamento...

Como aqui se fazia, como estava feito no tempo da Dr.^a (...).

Independentemente da estrutura.

Claro que sim, porque os médicos e os enfermeiros diziam que não tinham ideia que o alcoolismo tivesse estas repercussões, só têm conhecimento quando vêm...

Separava, ou seja, embora o legislador tivesse juntado tudo, colocasse todas as dependências a primeira coisa que fazia era separar ...

Como era no tempo da Dr.^a (...), é fundamental, importante, a formação de técnicos, médicos, enfermeiros, auxiliares, Unidade Regional, específica para fazer o tratamento e conforme está feito na escola da Dr.^a (...) ... Esteja a desaparecer embora ainda lá esteja um restinho, mas se não o fizerem, é recuar 50 anos no tempo, e estejam cientes que os problemas sociais que nós temos neste momento, que a nível mundial estamos a passar, com o nosso Portugal tão pequenino, isto vai avançar em grande escala, porque as sopas de cavalo cansado vão aparecer outra vez nas mesas das pessoas, nas nossas aldeias, e nas nossas crianças. O pai não tem dinheiro para comprar leite, as escolas por

sua vez já não vão dar, há todo um conjunto de situações em termos de futuro. E isto é que é o real, e ninguém se percebe o que é o alcoolismo, sabem as pessoas que o viveram, sabem as pessoas que sofreram e sabem um conjunto de familiares que andaram à volta, como eu costumo dizer, à volta dum alcoólico há sempre 5 a 7 pessoas, são os pais do bebedor excessivo, são os filhos, falo dos familiares mais diretos, depois a sociedade. Se pegar num jornal qualquer o que vê são barbaridades feitas através do álcool. Só não vê quem não quer ver, e, de facto, os jornais, que é de bradar aos céus, dizem aquilo que é feito pelo doente alcoólico, no estado em que faz isso, sim no estado em que faz isso, em caso de embriaguez, no estado de bebedeira, vou buscar os recortes dos jornais...

Então acha que a estrutura devia estar como estava em 2006...

Estrutura que estava com a experiência, não só como doente, mas com outros que já vimos e que passaram pelo mesmo que eu, isso não tenha dúvidas nenhuma e se fecharem aquela casa e se introduzirem o doente alcoólico na psiquiatria é recuar 50 anos...

Os doentes não vão...

Não vão, só no distrito da guarda temos 14 concelhos, vamos deixar que o álcool mate a família, que o alcoólico continue a beber e a faça disparates. Há todo um conjunto de situações ... vão para a psiquiatria se a psiquiatria depois não dá resposta, são os próprios médicos psiquiatras que nos pedem para os ajudarmos na desintoxicação, têm essa hombridade de me pedir. Vai lá falar com ele a ver se o convence, a ver se o (...) vai para Coimbra. Não há resposta, não têm resposta, não têm espaço, porque é assim há internamentos que é uma coisa parva ... não têm vagas... quer dizer, que tem que ser um serviço específico só para o álcool. Quando fiz o primeiro tratamento na psiquiatria de celas, foi a maior frustração que eu apanhei na minha vida...

Abrangia uma equipa multidisciplinar a qual fui encontrar na Unidade de Alcoologia quem fez a minha desintoxicação foi a Dr.^a (...) e ela queria que eu fosse para o Centro de Recuperação de Alcoólicos de Coimbra só que antigamente falavam que nos davam lá a beber vinho e que depois tínhamos que vomitar, que não sei quê, não sei que mais, e eu fiquei com medo dessa (...) e não fui. Até que um dia tentei-me matar e o meu irmão levou-me para Coimbra e ela fez chantagem comigo, o (...) não fica aqui, ou vai para o Centro de Recuperação de Alcoólicos de Coimbra ou o problema é seu. Abençoada hora em que ela me mandou para lá, a Dr.^a (...) explicou-me porque é que eu tinha ciúmes, porque é que eu tinha agressividades, porque tinha deficiências no vestuário, porque

tinha falta de apetite, porque tinha vômitos, assim que me levantava da cama porque tinha tremores de manhã, ela sabia de tudo. Alto lá, eu estou no meio da minha gente. Porque muitos dos doentes alcoólicos de manhã quando acordam vem-lhe uma tosse de seguir um vômito seco e de seguida vem-lhe um vômito às vezes com uma espuma amarela outras vezes com ... brancas, e ela atribuía ao tabaco, porque eu era fumador, daí vem a tosse, mas nunca atribuiu ao álcool. E quando eu sinto que ela sabe porque é que eu tenho vômitos... eu fiquei assim... eu estou no meio da minha gente, bendita a hora em que eu fiquei internado.

Obrigado pela entrevista.

Tanta gente que foi recuperada... Passaram por aqui cerca de 2000 doentes com uma taxa de sucesso de 80%...

Anexo 4.

Transcrição da entrevista efetuada ao Diretor do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. e anterior Presidente daquele Instituto Público.

Pergunta 1.

Concorda com a atual organização do SNS ? Porquê? Senão como o organizaria?

Concordo, concordo com o que está...

Como o SNS está dividido

Estamos a falar dos níveis de cuidados...

Exatamente, primários secundários ... da maneira como está ...

Concordo com isso, porque acho que privilegiam-se ao mesmo nível os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, penso que corretamente a porta de entrada no SNS é nos cuidados de saúde primários, acho eu, faz bem ser assim, e é bom que seja assim, acho que a acessibilidade ganha muito em que esta estrutura esteja assim. Agora a velha questão é sempre a concertação entre os diversos níveis de cuidados, na minha ótica, acho que, eu não sei se aqui cabe um pouco falar no papel das ARS...

Cabe, se bem que assim já está responder à pergunta 2...

Pergunta 2.

Os cuidados de saúde atualmente dividem-se em três grandes áreas, cuidados de saúde primários, secundários e continuados. Concorda com esta divisão ou propõe outra? Qual?

Sou um fervoroso adepto do papel das ARS, tem a ver com...sou um fervoroso adepto das regiões de saúde genericamente como elas estão, com as atuais competências, tem a ver com a ideia que eu defendo para o estado português, isto é, um estado que tenha uma forte componente regional, acho que deve ter. Nesse modelo que eu defendo para o estado português, um estado regional, descentralizado, agora a questão que eu ponho é

que eu acho que as regiões não têm autonomia que deviam ter, na minha ótica, incluindo a autonomia financeira. Agora, defendo isso para o estado português, defendo as regiões, e depois acho que as atuais competências das regiões, não excluindo aquilo que disse há pouco, deviam ter mais autonomia, acho que não devia haver tanta dependência, devia haver uma grande responsabilização, um envelope financeiro sob o qual as ARS responderiam no final do ano, e não tinham que estar com concursos, diariamente, a pedir autorização para ... mas isso tem a ver com o modelo que está. Por outro lado, acho que apesar de tudo as atuais competências das regiões são boas, agora regulam o papel dos diversos parceiros que há... Se bem que a sua pergunta é sobre o SNS.

Sim mas elas fazem parte...

As ARS vão para além do SNS... Estamos a falar do Serviço Nacional de Saúde e sistema nacional de saúde, as ARS então incluídas no sistema nacional de saúde

Faz parte...

Portanto diria que o modelo do Ministério da Saúde, o modelo das atuais regiões, para mim faz todo o sentido...

Dividido em cuidados de saúde primários, secundários e continuados... se não num qualquer outro modelo...

A acessibilidade e a ...

Aqui era mais aquela divisão entre cuidados de saúde primários, secundários e continuados e não outro tipo de ...

No atual estado da arte sim, e depois eu defendo outra coisa, posso defender uma ou outra alteração pontual, mas eu acho que é tempo do atual modelo, da estrutura organizativa, se manter para poder ser avaliada daqui a meia dúzia de anos, porque nós temos vivido, eu sei que as reformas são permanentes e até nesse sentido devemos fazer as coisas em permanência, mas não devemos estar a mexer, eu acho que este modelo era para manter sem cristalizar, e acho que este modelo faz todo o sentido. Depois posso em relação aos cuidados de saúde primários, eu sou um adepto que neste momento se deva avançar, finalmente, e dentro deste modelo, para a criação de apenas um modelo de prestação de cuidados, isto é, acho que havendo USF e Unidades de Cuidados Personalizados de Saúde, acho que é uma perda para o SNS. Eu sei que as USF tinham como um dos seus critérios de formação a agregação voluntária dos seus profissionais, e a bem dizer, não podemos avançar porque não há mais médicos a

quererem trabalhar e mais enfermeiros ... mas eu acho que o estado deve, o Ministério da Saúde, tem a estrita obrigação de promover, já anteriormente defendi isso, no próximo ano, nos próximos anos, nos próximos três anos, a generalização das Unidades de Saúde Familiares. Não é possível mais, ou não é justo que haja dois sistemas, independentemente de eu saber que há unidades de cuidados personalizados de saúde que trabalham muito bem. Agora nós sabemos é que o modelo organizativo das USF está nas pessoas, na minha opinião, devia ser expandido, acho que cria iniquidades haver dois, há Centros de Saúde que só têm uma USF lá...

Eu defendo, genericamente, e fazendo uma síntese do que temos estado a conversar, eu defendo este modelo com alterações pontuais que se achem oportunas, mas não defendo uma revolução ao que está, o que está, está bem e que deve ser avaliado, e deve ser avaliado em permanência durante mais algum tempo. Em relação aos cuidados de saúde primários entendo que deve haver uma disseminação das USF, num espaço que eu diria curto, porque elas já começaram a ser feitas em 2006, o Dr. Correia de Campos veio inaugurar a primeira USF na região centro, 5 de fevereiro de 2007, já lá vão oito anos... Fizaram mais algumas, aliás, os contendores do próximo ato eleitoral, todos eles dizem que vão fazer mais USF, portanto eu acho que devem avançar, porque cria até situações de iniquidade haver dois modelos, isto não está, nem faz, nenhuma crítica em relação às pessoas que estão nas USF, não são melhores das que estão nos cuidados primários, o modelo é que parece ser melhor, e portanto não deve haver dois modelos... porque há iniquidade... Acho que nos últimos anos houve um passo significativo nos cuidados no SNS, foi a criação de outro nível de cuidados, os cuidados continuados. Em relação aos cuidados continuados defendo que, defendi sempre isto, penso que todas as preocupações vão nesse sentido, é preciso muito mais camas, parece que as camas nunca chegam para cuidados continuados, mas paralelamente, na minha ótica, deve-se investir nos domicílios, nos domicílios em termos de centros de saúde, protocolar com as instituições, porque sendo possível protocolar com as instituições camas também pode ser possível contratualizar cuidados domiciliários, e eu acho que o segredo, e ao mesmo tempo o principal instrumento que temos em mãos nos próximos anos, é o domicílio. Nós estamos velhos, os hospitais devem ser para doentes agudos e muito especializados e de facto nós temos que criar condições para os domicílios serem de verdadeira qualidade, pela diferenciação até, porque se nós continuarmos com este envelhecimento brutal os hospitais não vão dar resposta, são para doentes agudos e para a especialização a tecnicidade e mais proximidade nos

cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados, portanto eu diria que defendo muito isto...

Pergunta 3.

Em relação às duas... ou seja um deles poderá ser chamado como a resposta dos cuidados de saúde de forma articulada, temos os centros de saúde, os agrupamentos de centros de saúde, os cuidados continuados e os hospitais, em três blocos diferentes cada um responderá por si, digamos que são três blocos independentes, ou as ULS em que temos tudo, ... qual delas

Tive alguma experiência, participei, mais modestamente, acompanhei a criação de duas ULS e a parte das toxicodependências também se fala na prestação de cuidados para a toxicodependência, também tem muito a ver com este modelo das ULS. Isto é, o que nós procurávamos com as ULS era também a integração de cuidados, mas eu acho que enquanto eu tive alguma proximidade com o processo, agora estou muito mais longe, nós ainda só estávamos na integração de serviços, não sei se essa estará concluída. Agora o que é mais difícil fazer é a integração de cuidados, e a sensação que tenho é que as ULS, só não tenho a convicção que foram criadas para a integração de cuidados se está feita, para mim essa é a grande questão. A questão mais filosófica podia-se transformar o país com 18 ULS, há quem defenda isso, não estou aqui a dizer que defendo ... tenho muita dificuldade em perceber, porque se se criar o modelo de ULS eu acho que quase deixa de fazer sentido a região ao nível regional e sem estrutura regional há uma desregulação total, não há avaliação, acho eu, não estou a ver como é que as regiões, também não é impeditivo, mas eu acho que se se criarem 18 ULS privilegia-se a ligação com o Ministério, aliás, eu já vi um modelo em que era o Ministério da Saúde, Direção-Geral, ACSS, I.P. Direção-Geral aspetos técnicos, toda a parte de programas de saúde, ACSS, I.P. recursos humanos e as ULS, há quem defenda este modelo, há quem o defenda. Eu não o defendo, deve haver aqui um patamar regional que avalie que regule. Mas também não tenho uma resposta muito definitiva porque eu acho que as ULS ainda não, de facto ainda não, se retiraram todas as potencialidades da unificação, da integração dos cuidados. Mas há uma questão que é muito pertinente nas ULS e que o Dr. sabe tão bem ou melhor que eu e que não tem só a ver com as ULS tem a ver com os sistemas de informação, se nós tivéssemos sistemas de informação robustos adequados e completos toda esta articulação era mais fácil. Eu acho que nos últimos quatro anos se deram passos nesse sentido, não estou muito dentro disso, só estou muito ligado ao

SIARS, que é o sistema de informação das ARS como sabe. Com o SIARS sabemos o que se faz todos os dias nos centros de saúde em termos de procura, no fundo é isso, é saber quantas pessoas lá foram com gripe, com ... SIARS é isso, mas um sistema de informação que ligue todos os parceiros... já se deram passos nesse sentido ... Eu não tenho uma resposta definitiva, defendo muito este modelo que está com uma relação fortíssima dos sistemas de informação... e como disse há pouco...

Não é por terem uma mesma cabeça que responde melhor...

Não, eu acho que não, agora eu tenho ideia que, de facto, do ponto de vista genérico eu sou muito a favor desta situação e continuar a trabalhar. Há essa questão de fundo, mas porque não tenho estado e não tenho discutido isto com decisores políticos, nem ao nível regional, mas tenho ouvido falar, por exemplo, na criação da ULS da Covilhã, a Covilhã está metida no meio de duas ULS, Guarda e Castelo Branco, e aí se calhar faz todo o sentido, porque os cuidados de saúde primários lá são só três centros de saúde que são Covilhã, Fundão e Belmonte, já articulavam muito bem com o hospital... Agora se não se aprofundar a integração de serviços, se nos quedarmos pela integração de serviços...

Pergunta 4.

Concentrando-se agora só na parte dos comportamentos aditivos e das dependências. Na prestação de cuidados encontram-se os comportamentos aditivos e as dependências onde se encontra o álcool e as drogas ilícitas, até há bem pouco tempo eram prestados em estruturas separadas. É a favor do modelo de integração de todas as vertentes dos comportamentos aditivos, concretamente com a fusão dos serviços de alcoologia e da toxicodependência...

Tenho muitas dúvidas no ponto de vista teórico e do ponto de vista prático, porque eu não tenho grandes ligações, por aquilo que me parece é o seguinte, essa integração só pode ser feita se houver uma especial e decisiva participação dos atuais prestadores de cuidados nessas áreas, porque eu acho que tem que ser com essa gente porquê, porque a experiência que tenho é que as pessoas sabem pouco disso, mesmo na área hospitalar, nos cuidados de saúde primários alguns centros de saúde sabiam muito de alcoologia, havia consultas de... Eu tinha o responsável por (...), e isto era na sub-região de saúde de Viseu, tinha um conjunto de Centros de Saúde que prestava cuidados, faziam desintoxicação nos centros de saúde em ambulatório. É preciso uma organização muito boa e é preciso estar muito dentro do assunto, incluindo ir todos os dias ao Centro

de Saúde fazer os soros... etc. e com aquelas drogas todas fica com um estigma bestial, mas nós tínhamos, e depois quando chegava a outro patamar tinham que ir para a Unidade... Mas nós tínhamos esse serviço, agora não sei se está a funcionar ou não. Porque o que eu sinto, e ainda participei em algumas reuniões com o Dr. (...) e com o Dr. (...) e depois com um colega dos cuidados de saúde primários que fazia a, no fundo era o coordenador regional, quando se começou a falar na rede, a sensação que tinha é que havia uma grande dificuldade no modelo USF. Nós nos centros de saúde antigamente tínhamos um tipo que sabia mais de álcool e via os doentes dos colegas, mas na USF isso não está contratualizado, isso levou ... quem é que vê, talvez até era mais fácil se o modelo fosse só USF, temos que resolver este problema. Agora é difícil por a falar USF com Unidades de Cuidados Personalizados de Saúde, para acertarem quem é o tipo que vê os doentes. O modelo é que todos os médicos têm que ver todos os seus doentes nas suas diversas ... mas isto não é assim, quem está nos centros de saúde, eu estive 20 anos nos centros de saúde, isto não é assim, há sempre pessoas que gostam e têm maior preparação ... há pessoas excecionais que sabem desde ver o alcoólico, à grávida, ao bebé, são verdadeiros médicos de medicina geral e familiar, mas há outros que não viam essas questões, e para além disso, dificuldade no modelo organizativo, e portanto, eu não sei hoje se quero trilhar este novo modelo de integração de cuidados, mas eu não sei a certeza... eu, à partida, estou de acordo, exige muito trabalho, muito trabalho...

Não vê que possam estar todas as dependências ...

Mas para mim o segredo é manter os atuais profissionais, envolidíssimos nisso, porque têm que ser eles a fazer esse...

Pergunta 5.

Aqui também já estará a responder à pergunta 5, que é atualmente o planeamento e acompanhamento dos comportamentos aditivos e das dependências estão cometidos ao Serviço de Intervenção ao SICAD em Lisboa enquanto Direção-Geral e a parte operacional nas Administrações Regionais de Saúde, na sua opinião quais as vantagens e desvantagens que, na prática, este modelo tem, ou seja, era um serviço que estava hierarquizado do topo até às bases, que depois foi desmanchado, partido em dois, a Direção-Geral de um lado, que não tem intervenção direta, o SICAD, digamos assim, não manda na Administração Regional de Saúde que é ela que tem os cuidados ...

Essa é a velha questão, eu acho que a integração dos serviços está feita, porque vocês vieram para aqui, já não deve haver lá pessoas a dirigir recursos humanos, imagino eu, agora a dificuldade é a prestação de cuidados, e eu acho que é aí, tem que ser com fortíssima integração das pessoas que os prestam até agora, porque senão não... porque a prestação de cuidados desta forma tem um histórico e parece ter bons resultados, isto aqui há 20 anos a droga era uma coisa absolutamente... agora há menos pessoas que utilizam estas substâncias. O que eu sei é que agora há uma resposta que não havia há 20 anos, aqui em Coimbra havia situações tramadas, e eu acho que a situação melhorou. Eu acho que a grande defesa das pessoas que são contra esta reforma é que os resultados eram bons. Eu lembro-me de numa reunião das ARS o Dr. (...) apresentar resultados, não foi há muitos anos, 5 ou 6 anos, apresentar resultados, em contexto europeu, fantásticos e de o nosso modelo e os nossos resultados estarem a ser muito apreciados no estrangeiro. Agora tenho muitas dúvidas, para mim o que faz sentido é que o envolvimento dos atuais profissionais, que são os detentores do saber. As pessoas podem estar preparadas para adquirir mais conhecimentos, e quererem, não os têm, estas áreas são muito específicas. Do tabagismo, eu acho que a situação é um bocadinho melhor, há muito mais respostas ao nível dos cuidados de saúde primários, já havia, mas acho que apesar destas dificuldades decorrentes do novo modelo organizativo, passam muito por aqui pelo Departamento em termos de envolvimento regional enquanto as outras áreas não passam tanto por aqui, há aqui dificuldades organizativas, até porque há o DICAD tudo bem... o tabaco passa muito por aqui apesar de tudo ... também está lá metido não é? ...

O tabagismo como passa muito por aqui estou em condições de dizer que tem havido um aumento das consultas de cessação tabágica que é o segredo disto e aí também há vantagens, é menos estigmatizante fumar do que beber, apesar de tudo. E eu acho que é mais fácil... a aquisição de conhecimentos é mais fácil, nós fazemos aqui umas 4 ou 5 ações de formação, agora vamos fazer a última de três dias aqui com “experts” na matéria, dois dias, quer dizer, as pessoas têm que estudar... também no meu centro de saúde era responsável pela cessação tabágica estudei um bocadinho, mas não me pareceu uma coisa do outro mundo...

Todas estas áreas podem estar juntas?

Eu acho que sim.

Pergunta 6.

Tendo em consideração a especificidade desta doença e a organização estrutural prestada nos cuidados de saúde e os recursos disponíveis, são sempre escassos, como é que concebe a organização funcional desta resposta aos cuidados de saúde, tem alguma alternativa em mente...

Alternativa a quê?

À resposta como ela está, ou seja, neste momento temos uma estrutura Direção-Geral e depois uma estrutura regional que respondem e depois tem uma estrutura ao nível dos cuidados de saúde primários onde estão os Centros de Respostas Integradas...

Não sei se está ...

Estou a falar em termos de estrutura ao nível mais próximo da população. Deve ficar assim ... Dentro? Fora? Como é que isto podia ficar ...

Ele não está à margem, teoricamente está integrado, não é ...

Não está integrado nos ACES...

Pois não está.

Não faz parte do ACES, não está contratualizado, mas se calhar também não pode...

Mas este é o modelo definitivo, eu não sei ...

Neste momento os centros de respostas integradas dariam resposta, como está legislado, a toda a parte das dependências, ou seja, devia ser a porta de entrada de toda esta área, desde o tabagismo, ...

A desabitação tabágica não passa pelo CRI...

Sendo o SICAD em Lisboa o detentor da direção-geral desta área e as ARS com os DICAD responsáveis por executarem esses planos, há aqui...

Eu não sei, mas o SICAD articula com o DICAD, do ponto de vista técnico deve haver aqui muita comunicação que foge à estrutura regional...

Mas devia lá estar, em termos de resposta temos aqui o Ministério a administração direta com o SICAD e as Administrações Regionais de Saúde. A administração direta são estes dois, Direção-Geral da Saúde, e aqui já temos um I.P. e depois aqui

este serviço o DICAD está dentro da ARS, não está aqui em baixo... A Direção-Geral da Saúde e a Direção-Geral SICAD está ao nível da Direção-Geral da Saúde para aquelas áreas específicas e depois a Administração Regional de Saúde um prestador. O ACES depende dali, é certo, mas tem toda a autonomia técnica, tem o conselho clínico, toda a direção ...

Mas há quem defenda que isto devia estar aqui...

O Secretário de Estado disse isso mesmo, as Unidades de Alcoologia e de Desabilitação nos hospitais e os CRI para os ACES, e criou uma comissão para fazer isso, só que isso nunca deu à estampa, e depois temos a outra parte, temos as ULS que têm isto tudo junto...

É que no fundo eu acho que isto tudo, isto é uma forma enviesada de manter aquilo que estava...

É um bocado...O diretor deste, podíamos interpretar isto ao nível das ARS ...

Este tipo aqui numa interpretação extensiva e abusiva, este Sr. aqui tem uma dependência bicéfala por que ele deve depender do ponto de vista hierárquico da ARS mas do ponto de vista técnico depende deste ...

É, enquanto aqui tem o departamento de saúde pública e emana as orientações da ARS para os ACES, ele aqui é um dois em um, porque para além de o fazer também o executa, ou seja, para além de fazer essas diretivas também as executa, tem lá dentro a própria rede, no fundo seria como se o Departamento de Saúde Pública tivesse ao nível dos ACES uma equipa que tratasse dessa área ...

Mas além desta integração conceptual há também uma integração física que não está feita...

Não, não está...

Estes CRI não estão aqui... nem fisicamente...

Não, não estão, nem fisicamente, eles têm uma estrutura própria ...

Há quem defenda isto aqui, não é?

O Secretário de Estado escreveu mesmo isso...é assim que o Governo quer...

E eu acho que, parece-me a mim, quando começámos esta conversa por lhe dizer que, acho que está feito até à integração de serviços, mas o que estava para ser feito, bem ou mal, era uma integração de cuidados e eu acho que essa integração não foi feita, só

pode ser feita se o Know-how estiver aqui, isto passar só para os clínicos gerais não dá, nem para os médicos de saúde pública...

Mas aí temos outra coisa, temos os ACES a trabalhar no terreno ao nível mais próximo das populações e temos outra estrutura só para aquela área também nesse terreno, e depois temos alguém aqui nesta área (ULS) que depende da ARS e que tem uma estrutura a prestar cuidados aqui, tem na ULS de Castelo Branco e na Guarda, e esse já está definido que tem uma estrutura vertical ... Quem estiver a trabalhar neste domínio na ULS da Guarda e de Castelo Branco, está dentro duma região para a qual foi definido como devia funcionar e funciona como ULS, com uma cabeça que responde a tudo e tem aqui uma estrutura a funcionar lá dentro que não depende dessa estrutura, como é que isto ... fica assim um bocadinho...

É muito complicado, eu penso que é preciso resolver este berbicacho...

Há uma resposta de cuidados de saúde, que fica meia ...

E também há aqui uma área especializada que vai para os hospitais...

É, até há pouco tempo estava tudo aqui ...

(...)

Mas em termos de conceção de resposta de saúde, se faz sentido (...) em termos de saúde pública estar dentro ou fora, ou seja, aqui poderíamos ter duas possibilidades, serviço antigo... o presidente depois tinha as delegações regionais... fora deste sistema, ligado aqui, completamente fora, respondia a tudo, e podemos ter esta hipótese que é responder como unidade intermédia que tivesse os cuidados de saúde primários...

Agora há aqui aspetos muito particulares

Que estivesse ao nível dos cuidados hospitalares que esta unidade passasse para aqui nos hospitais e a outra parte passasse para aqui para os cuidados ...

E os profissionais andam atrás dessas ...

Os profissionais neste momento estão aqui e o despacho é nesse sentido.

Os que vierem para os cuidados de saúde primários vem para aqui...

Os que estão nos cuidados hospitalares viriam para os hospitais, seria isto ...

Há duas... independentemente da posição dos recursos finais e dos profissionais que vamos ouvindo ao longo do tempo, dos antigos serviços, esta separação que existiu tem a

ver com a opção dos psiquiatras que há vinte anos disseram que estes problemas tinham uma tal dimensão, tal especificidade que careciam de um tratamento e hoje ainda há quem defenda isso, sabe isso tão bem como eu, a integração tem que ser dirigida pelos atuais profissionais, não é possível fazer isto sem eles...

Tudo dentro do mesmo, da mesma estrutura ... serviços autónomos, também temos serviços autónomos independentes, como o IPO, especializado mas é um hospital é um EPE, está aqui, eles derivam da mesma ... dos hospitais...

Eu sou a favor de alguma integração mas eu aqui tenho muita dificuldade, não sei se aquela posição das pessoas que defendem um tratamento especial, se do ponto de vista técnico... ela não se deve manter, eu não tenho uma grande resposta em termos de sim ou não porque, acho que as coisas evoluíram, aqui há muitas particularidades e tenho medo que não sendo feita uma integração robusta completa isto se repercuta nos indicadores de saúde...

Neste momento está ao nível da ARS, é o único departamento do serviço, neste momento que um, digamos, trabalhadores, vai até ao utente... Então entende que a estrutura deve ser como está e o grande problema tem a ver com a articulação entre os serviços? E mais cedo ou mais tarde caminharemos para as ULS ou entende que não, será... em termos genéricos, de conceção.

Do modelo geral, eu acho que, caminhar-se para as ULS, posso estar enganado, mas vamos perder a noção de conjunto regional. Eu acho que com mais ULS é difícil programar, acho que se espartilha o país em áreas, acho que devia haver aqui uma componente regional, eu sou muito a favor do modelo que está, não quer dizer que não haja uma ou outra alteração. Há outra questão, as ULS não são as ARS lá do sítio, são um modelo de organizar serviços, porque devem responder do ponto de vista político às ARS, eu não sei como é que as coisas estão agora mas eu senti, quando (...) se criaram as duas primeiras ULS na região centro, ouve ali um momento em que passou pela cabeça, (...) havia ali uma cultura quase que as ULS não tinham que passar... elas, às vezes, comportavam-se, episodicamente, como se fossem as ARS lá do sítio, e uma coisa é terem autonomia económica e financeira e isso tem a ver com o modelo empresarial, podiam ter dito que as ULS são SPA (Setor Público Administrativo), para agilizar a gestão deles, outra coisa é do ponto de vista da resposta de política de saúde regional eles depende das ARS...

Mesmo que fosse em ULS devia haver uma estrutura regional que as comandasse...

Penso que sim... na minha opinião.

Como está neste momento o Alentejo...

Sim, mas a ideia que eu tenho é que se o país for transformado em ULS a região morre logo, perde importância, acho eu que perde. E eu sou muito a favor de uma estrutura regional que programe, que avalie e que coordene a oferta, porque senão, se houver uma ULS a responder apenas ao Ministério, eu acho que se perde aqui a noção de conjunto regional, claramente. Posso estar enganado, mas eu já ouvi falar deste modelo, já vi algumas coisas escritas, eu não sei se está episodicamente abandonado, se é para continuar, não sei... Mas porque é que faz sentido haver duas ULS na região centro e nos outros 4 não há ULS, também podemos perguntar...

Qual deles é que ... para que lado é temos que tombar ...

Estava previsto que ao fim de não sei quanto tempo se fizesse uma avaliação rigorosa... as avaliações fazem-se anuais ... não é ...

Já no primeiro, quando foi criado o SNS, elas estavam lá previstas

Até em termos de pagamento o financiamento das ULS é per capita ...

Gostava que ficasse com a seguinte ideia, eu sou muito a favor do que está, podia uma ACES estar muito grande ... mais USF, reforço dos cuidados de saúde primários, sou muito a favor disso...

Muito obrigado.

Anexo 5.

Transcrição da entrevista efetuada a uma médica de medicina geral e familiar e atual Coordenadora da Unidade de Alcoologia de Coimbra.

Pergunta 1.

Concorda com a atual organização do Serviço Nacional de Saúde? Porquê? Senão como o organizaria? O Serviço nacional de Saúde está organizado desta maneira com os hospitais, com as estruturas que tem, ou se acha que em termos do seu ideal de resposta da saúde ele devia estar organizado de outra maneira, com outro tipo de organização mais ...

Então é assim, eu não consigo pensar em Serviço Nacional de Saúde sem pensar que Portugal era um país até meados do século vinte com muito más condições sanitárias. A primeira coisa que nós tivemos em termos de serviços de alguma forma de saúde foram as misericórdias, a primeira misericórdia foi criada em 1400 e tal, que era a de Lisboa, depois o D. Manuel Primeiro expandiu as misericórdias pelo país todo e elas tinham a incumbência de se encarregar dos doentes, dos moribundos, dos pobrezinhos, dos órfãos, etc. E durante muitos anos, muitos séculos, foi isso. No princípio do século vinte ouve alguma preocupação em termos de saúde pública com o Dr. Ricardo Jorge, fundou o Instituto Nacional de Higiene, que agora é o atual Instituto Nacional de Saúde e depois a partir dos anos 70 ... já nos anos 40 se começou a perceber que era preciso o Estado intervir mais e ter mais responsabilidade na Saúde. Mas a partir dos anos 70 começou-se a perceber que era importante criar um modelo de intervenção pública para cuidar da saúde deste povo. E como aconteceu o 25 de abril, em 1979 foi criado o Serviço Nacional de Saúde, e o Serviço Nacional de Saúde tinha o grande, grande mérito de ser geral, universal e gratuito, ou seja, cobria 100% da população portuguesa, cobria também os residentes estrangeiros que cá estivessem, toda a gente que habitasse em Portugal tinha direito a cuidados de saúde e era gratuito, o que permitia que toda a gente tivesse acesso a ele. O que se passa atualmente é que o sistema de saúde, aquilo que fornece saúde aos portugueses neste momento é o Serviço Nacional de Saúde ou, de alguma forma, o que resta dele que continua a cobrir 100% da população mas que já não é gratuito, porque entretanto foram criadas as taxas moderadoras, mas que na minha opinião não são moderadoras, porque taxas moderadoras são taxas que se destinam a racionalizar o

acesso das pessoas aos cuidados, não abusarem dos cuidados, agora por exemplo ter taxa moderadora de 20 euros numa urgência não é propriamente uma taxa moderadora, as pessoas quando caem na rua e partem uma perna não podem ser moderadas no acesso que fazem à urgência, de qualquer maneira quando lá chegarem pagam 20 euros. Portanto, não sendo gratuita a universalidade do acesso também está limitada, porque também há muita gente que está limitada, porque há muita gente que já não tem dinheiro para a aceder e em conjunto com esse Serviço Nacional de Saúde ou o que resta. Há uma intervenção cada vez maior dos privados no sistema de saúde, há os subsistemas de saúde, que são como que uma espécie de seguros de saúde por profissão mas que são privados embora sejam financiados a maior parte pelo estado e depois temos os seguros de saúde individuais e voluntários que cobrem para aí 10% da população, ou seja, 10% da população já tem seguros de saúde...

Mas em termos de estruturas, como ele está montado a nível público, não na parte privada mas a nível público ...

A organização em hospitais...

Pergunta 2.

Em relação à pergunta dois em que os cuidados de saúde dividem-se em três grandes áreas cuidados primários, secundários e continuados, a ideia é concorda com esta divisão ou acha que poderia aqui haver patamares ...

Eu concordo com esta divisão basicamente, desde que se tenha em conta que a maior ênfase deve ser dada aos cuidados primários, ao contrário do que acontece atualmente que há muito mais financiamento dos cuidados secundários do que dos cuidados de saúde primários e devia ser a ênfase nos cuidados de saúde primários que são quem faz a promoção da saúde a prevenção em atividades de prevenção etc. e que contribuem mais para um bom nível de saúde da população...

Em termos de estruturas ficaria assim, com a parte que corresponde aos ACES, basicamente, e os centros de saúde mais perto ...

Eu sou mais favorável à organização em ULS que é uma forma mais integrada ...

Pergunta 3.

Embora ela (ULS) tenha a mesma estrutura, tem é a cadeia de outra maneira, mas elas têm na mesma os ACES ... e os hospitais ...

Eu sou favorável a uma maior regionalização, ao contrário daquilo que se pensa que as ARS acabarão e a ACSS, I.P. é que administra tudo, eu acho que devia haver uma maior regionalização ... as ARS ou até estruturas ULS mesmo é que deveriam administrar a saúde no seu território...

Neste momento temos duas ULS Castelo Branco e Guarda ...

Eu achava que deviam ser todas e depois tínhamos a ARS como um ministério regional...

Na sua opinião, já o disse, que seria este (modelo ULS) que responderia melhor, acha que era preferível fazerem isso e ficarem ... os dois modelos existem ...

Eu sei, nos cuidados de saúde primários também existem vários modelos, o problema é como se põem em prática.

O próprio Serviço Nacional de Saúde quando foi criado já lá tinha incorporado as Unidades Locais de Saúde, depois passar isso à prática é mais difícil...

Depois não pode haver planos nacionais para a saúde mental, planos nacionais para isto e para aquilo e depois não funciona de forma integrada...

Pergunta 4.

E agora concentrando-se na parte dos comportamentos aditivos e nas dependências, na prestação de cuidados, encontram-se os tratamentos aditivos e dependências, que inclui o álcool e as drogas, até há bem pouco tempo prestados em estruturas separadas, é favorável ao modelo de integração de todas as vertentes dos comportamentos aditivos, concretamente a fusão dos serviços de alcoologia e da toxicodependência, ou seja, tentaram juntar as adições todas, se bem que há aqui sempre uma *nuance*, há outras que também fazem parte e ainda recentemente saiu a do tabaco ... se bem que ele faz referencia a esta Unidade mas fica assim um bocadinho ... a definição não está estruturada, à partida devia ter o serviço que a cria, legalmente está indicado para o SICAD e não a Direção-Geral da Saúde, mas isso ...

Pois eu acho que aí o problema que é uma sobreposição de funções da Direção-Geral da Saúde e do SICAD. Por exemplo, ambos têm funções de dar orientações e acabam por fazer as coisas separadas na mesma área ...

Eu sempre fui favorável à existência de uma estrutura que fosse uma espécie de chapéu-de-chuva onde todos os serviços de dependências tivessem integrados. Já no tempo dos serviços regionais de alcoologia eu era favorável a haver uma estrutura que coordenasse todas as dependências, o que não é exatamente a mesma coisa que fundir serviços de alcoologia e da toxicodependência, não é, são situações que em termos de saúde eu acho que devem ser tratadas em separado, em serviços especializados diferenciados, mas deve haver uma orientação comum em termos de política para as adições. Portanto, acho que faz sentido que haja uma estrutura que as englobe a todas. Mas, depois em termos de tratamento especificamente, em termos de prevenção há algumas diferenças, mas fundamentalmente em termos de tratamento eu acho que devia haver unidades especializadas para álcool e para substâncias ilícitas separadas, mas que a orientação geral, em termos de políticas devia ser comum, e portanto devia haver uma estrutura coordenadora comum, que fizesse essa ligação. E, por exemplo, em termos de prevenção, reinserção, etc. poder-se aplicar para todas ...

Pergunta 5.

Atualmente a conceção e orientação das intervenções nos comportamentos aditivos e das dependências estão cometidas a um serviço, ao SICAD, uma direção-geral, encontrando-se a parte funcional ao nível das Administrações Regionais de Saúde, na sua opinião quais as vantagens ou desvantagens que na prática tem este modelo, ou seja, ele existiu junto, depois foi separado ... uma direção-geral só para uma parte dos cuidados ...

Penso que é muito difícil aceitar que nas Administrações Regionais de Saúde haja uma estrutura que dá orientações para serviços que depois as ARS é que pagam é que sustentam é que equipam etc. quer dizer, acho que não faz muito sentido.

Embora elas já existam ao nível das outras áreas... Direção-Geral da Saúde só em termos técnicos, essas orientações vêm da Direção-Geral da Saúde e depois as ARS é que têm que implementar, qual é o grau delas em relação à atribuição ou o desenho de com que fazem as coisas ...

Pois é assim, eu estava a pensar especificamente em, se calhar não é o modelo em si é a forma como as coisas são feitas, eu sei que às vezes o SICAD dá orientações para serem feitas determinadas coisas que depois as ARS acham que não têm que pagar propriamente, não é? E aí acho que há algum conflito possível, a participação no Dia Nacional da Defesa, ou coisas semelhantes que são caras para as ARS é uma orientação que é dada por causa de um protocolo que o SICAD fez com o Exército e tem a ver com prevenção etc. mas, para a qual as ARS não são chamadas e as ARS também têm serviços e departamentos de prevenção etc. e às vezes ficam um bocado desarticuladas as coisas, portanto, nesse aspeto não parece a forma mais funcional de fazer ... também não sei se se justifica a existência de uma direção-geral fora da Direção-Geral da Saúde, se calhar devia ser um departamento da Direção-Geral da Saúde a encarregar-se das dependências e não ...

Um subdiretor-geral ...

Pergunta 6.

Tendo em consideração a especificidade dessa doença, e aqui abarcávamos tudo como falou em relação a ter uma direção-geral ou algum serviço que fosse o chapéu em relação a todas, a organização estrutural desta prestação de cuidados e atendendo também aos recursos disponíveis ... as pessoas podem ter ou não mais sensibilidade para esta parte, como concebia a organização funcional da resposta a esta problemática da saúde, tem alguma alternativa em mente, já falou aqui em termos de ULS...

Tivemos uma experiência do IDT como uma grande estrutura que coordenava tudo. A questão é se faz sentido uma organização de serviços em institutos ou não. Aquilo era um instituto que funcionava com autonomia para o território todo. Não se optando por aí, e eu acho que foi uma boa resposta na altura, e era um modelo que funcionava, mas não se optando por aí, eu penso que então os serviços deviam estar integrados nas ULS com estruturas independentes, não dependentes diretamente das ARS, deviam ter independência enquanto estrutura que se ocupa das dependências, articulando quer com os hospitais quer com os centros de saúde e com orientações vindas da Direção-Geral da Saúde.

Mas colocaria isso naqueles dois modelos considerados, ou seja, eles funcionarem de forma autónoma como está estruturado o Serviço Nacional de Saúde em centros de saúde ACES e os hospitais ... ou era uma estrutura autónoma fora ...

Os CRI com estruturas autónomas ao mesmo nível para integrar nas ULS ou mesmo nível das outras estruturas ...

Que ficasse tudo junto, porque é assim, existiu o IDT como estava e era uma estrutura completamente paralela a este Serviço Nacional de Saúde, era uma estrutura única cobria o território todo para aquela zona, fazia tudo da direção até ao terreno, e depois temos o normal, os ACES, hospitais e cuidados continuados nesta estrutura e ULS que tem tudo, e o IDT estava aqui ao lado de fora e cobria tudo. Encaixava em qualquer um deles ...

Mantinha o modelo, teria as ULS que seriam hospitais ACES e CRI ... a ARS seria o ministério regional de saúde ...

Mas colocava na mesma as estruturas que nós temos neste momento, os CRI ao nível dos cuidados primários ... centro de saúde... o acesso, e ainda está nos CRI neste momento, é quase o acesso direto para eles, o utente chega e é reencaminhado para eles, está ali num patamar superior, mas pronto, é a porta de entrada ...

Mantinha os CRI numa estrutura ao nível dos cuidados primários e as unidades especializadas nos cuidados secundários, não os integrava nos ACES...

Entende que esta doença como um todo, em termos de adições, deve ter um tratamento autónomo dos outros, ou a especificidade ... não deve estar junto ... teria sempre que ser criada uma estrutura aqui ao lado que cobrisse isto tudo, cobrisse essa área, e ficava coordenada em termos regionais pela ARS, e com uma direção-geral, ou dependia diretamente como era o antigo IDT ... em termos de estrutura ... ou regionalizava mesmo e a Direção-Geral da Saúde seria a Direção-Geral da Saúde, neste caso falando um bocadinho mais ... acabava com o SICAD ...

É, no fundo é isso é, integrava o SICAD na Direção-Geral de Saúde, a Direção-Geral de Saúde define as políticas nacionais e depois as ARS atendendo às especificidades regionais ... as formas mais adequadas

Tal e qual como existem neste momento...

Neste momento, pois, se calhar sim...

É preciso aqui criar outra definição em termos de ARS, porque é assim, neste momento o DICAD está encaixado dentro da estrutura da ARS, teria que ser autonomizado como um ACES, retirado ...

Sem dúvida, sem dúvida ...

Ao nível dos ACES, criando um ... não sei, uma estrutura como os CRI ou com outro nome, não importa, aqui não é importante, os cuidados teriam que ser retirados de dentro da ARS, coordenar mas não executar...

Devia ser uma estrutura autónoma própria para os recursos humanos, para todos os aspetos da gestão, devia ser autónoma...

Porque, neste momento, é o único serviço que a ARS tem com operacionais e que todas os outros serviços não têm, os ACES têm lá o coordenador com a sua hierarquia toda, com delegação de competências com tudo, responde tecnicamente por tudo o que faz, e clinicamente, e tem a gestão de tudo o resto com delegação de competências, enquanto que o DICAD não, está ali num patamar ... encaixado mesmo dentro, faz parte da orgânica da ARS ...

E não deveria fazer...

Mas acha que isso ainda não foi feito, não conseguiram entender o modelo ...

Em parte não percebem bem do que se trata exatamente e porque é uma patologia muito específica, porque é uma área muito específica, tendo a importância que tem em termos e saúde pública devia ser alvo de maior interesse por parte dos políticos, mas acho que em parte porque não percebem exatamente a importância do problema e em parte porque acabaram com o IDT muito por questões ideológicas e não tinham preparado o “day after” não sabiam o que iam fazer a seguir e portanto ficaram neste impasse, ainda não descobriram o que vão fazer ...

Obrigado.

Anexo 6. – Documento escrito pela Dr.^a Maria Lucília Mercês de Mello, Médica Psiquiatra, fundadora e 1.^a diretora do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra.

Acerca da situação actual do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra

Deixei, em 1994 (data da minha aposentação) uma Instituição (o CRAC) com um lugar considerado de destaque na rede dos Serviços de Saúde (apreciação da OMS e de individualidades estrangeiras e ministeriais, entre muitas outras). Os anos que se lhe seguiram decorreram de molde a conservar (e até reforçar) o lugar cimeiro que o Serviço ocupava.

Quem, na minha posição e com o meu passado não teria ficado intranquilo e receoso face às novas políticas que ameaçavam e ameaçam a autonomia e consequente bom funcionamento da Instituição?

Compreensivelmente, pois, neste contexto, é-me difícil compreender e aceitar novos modelos de funcionamento no sector da Alcoologia, em Portugal.

A criação, reconhecimento e desenvolvimento de um conceito, identidade e autonomia na abordagem aos 'problemas ligados ao álcool' (PLA) construída na despsiquiatrização de conceitos e serviços, foram a preocupação das décadas de 60-80 (Vd Preâmbulos dos vários diplomas legais de 71 a 88). Tal como o foi também a preocupação manifestada por nós ao Ministro Correia de Campos à data em que foi anunciada a integração dos Centros Regionais de Alcoologia no IDT (2007), pelos receios e previsões de um grave risco de destruição e desmantelamento de Serviços, infelizmente concretizados ao longo de todo o actual processo de "integração".

A prática que durante mais de cinco dezenas de anos se veio desenvolvendo nos Centros de Alcoologia, respeitando a especificidade dessa actualizada abordagem aos PLA, teve sempre em atenção uma intensa cooperação multidisciplinar entre agentes e áreas ligadas directa ou indirectamente à problemática do álcool: - morbilidade

individual, patologia laboral, condução rodoviária, criminalidade, saúde infanto-juvenil (desde a concepção ao rendimento escolar e adolescência),....etc., e também as políticas de produção, distribuição e consumo, publicidade, legislação, entre outras.

Todos estes, e muitos outros aspectos igualmente reais e pertinentes levaram a que desde há mais de cinquenta anos se defenda a existência de serviços de alcoologia vocacionados para os PLA, num país onde a par de uma crescente produção e consumo de vinho e outras bebidas alcoólicas, reinava uma total ausência de conhecimentos e de crítica correcta aos falsos-conceitos, sempre incentivadores do “beber” e intensamente enraizados em hábitos, crenças e cultura do povo.

Por isso defendemos então, e continuamos a defender hoje, a necessidade de estruturas com competências especializadas no campo da alcoologia, particularmente vocacionadas para as diversificadas facetas desta problemática. Portugal foi nos anos 70 convidado a participar num “Collaborative Study on Alcohol-related Problems” com vários países da Europa e sob a orientação da OMS. E desde então não mais deixou de estar presente e integrar os vários “Planos Europeus” que se lhe seguiram, beneficiando de “formação, apoio e avaliações” em todos os Programas e Acções levados a efeito em Portugal.

J. Moser, perito da OMS que se deslocou por várias vezes a Portugal, para acompanhar de perto e avaliar as várias acções comunitárias desenvolvidas pelos três serviços de Zona (Norte, Centro e Sul) teve reuniões de trabalho a nível governamental, elucidando e recomendando a criação dos Centros Regionais de Alcoologia.

Decorria, entretanto, em Portugal a criação do S.N.S., com os seus diferentes níveis de intervenção, sistema de saúde que propiciava à praxis da Alcoologia uma rede de estruturas apelativas para uma prática baseada na filosofia dos novos conceitos e estratégias que a Alcoologia erguia, então, em Portugal:

- a um primeiro nível: trabalho integrado em cuidados de saúde primários (formação de pessoal de saúde, formação específica de clínicos gerais, acções de prevenção primária)

- a nível de diagnóstico e tratamento do doente

-a nível da recuperação e reintegração familiar e social do doente tratado. E neste sector, muito trabalho, e com excelente sucesso tem sido desenvolvido pelos CRA. como mais adiante se refere

Evidentemente, não o negamos, há com frequência doentes em que um terreno patogénico que faz coincidir a utilização do álcool com o uso da droga, -casos que devem ser encaminhados para serviços de toxicomania ou de psiquiatria. Mas não são eles parte significativa dos muitos milhares de doentes inscritos e tratados nos CRAs.

De entre as múltiplas acções levadas a efeito na comunidade por estes Serviços Especializados, e postas com certeza em risco com o desaparecimento dos CRAs, destacamos as "organizações de apoio aos doentes recém tratados" e os "Centros de A. Tratados" de que o Distrito da Guarda é o exemplo mais antigo e verdadeiramente paradigmático: -um líder, alcoólico tratado há muitos anos, mantém vivos e activos no distrito vários grupos de muitas centenas de doentes tratados. Eles apoiam a recuperação e reintegração social de recém-tratados; motiva, encaminha e acompanha à consulta novos doentes para tratamento; são instrumentos sempre atentos e prontos para colaborarem em acções de prevenção primária, no campo laboral, na escola, nos centros de saúde, etc. São verdadeiros agentes de saúde a todos os níveis da prevenção. Como este, muitos outros GAT existem em pleno funcionamento nos diferentes distritos do país, todos desenvolvendo uma eficiente colaboração com o CRA nos programas estruturados de um tratamento continuado.

Pretendi, com estas considerações, apresentar alguns aspectos que considere fundamentais na minha forma e processo de ver e abordar a organização e funcionamento de Serviços de Alcoologia em Portugal. Eles estiveram na base da

evolução do meu conceito de Alcoologia e da construção de uma filosofia do tratamento e recuperação do doente alcoólico e prevenção dos PLA. A criação de Centros Regionais e o seu diploma de constituição são, como dissemos, exemplos de adequação e eficácia de políticas neste sector. Envolvê-los e integrá-los, como se pretende agora, numa diferente rede institucional, quer de psiquiatria quer de toxicomania e comportamentos aditivos, são medidas que, de uma forma irresponsável, desvirtuarão gravemente os objectivos e acções destes Centros, desorganizando-os e destruindo-os irremediavelmente.

Eis o que julguei pertinente dizer para justificar o meu total desacordo e reprovação face às novas linhas anunciadas como política de abordagem à Alcoologia em Portugal.

Coimbra, 20 de Julho de 2015

Maria Lucília Mercês de Mello

(médica psiquiatra, fundadora e 1ª directora

do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra).